С П Е Ц И А Л И Т Е Т

ФГОС 3+



ВОЛГОГРАДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

Н.Н. Седова

БИОЭТИКА

Рекомендован
Ученым советом ВолгГМУ в качестве **учебника**
к использованию в учебном процессе
как соответствующий ФГОС последнего поколения
и обеспечивающий изучение обязательного курса «Биоэтика»
студентами медицинских вузов



КНОРУС • МОСКВА • 2016

УДК 614.253(075.8)
ББК 87.75я73
С28

Рецензенты:
Б.Г. Юдин, член-корр. РАН, д-р филос. наук, проф.,
А.А. Спасов, академик РАН, д-р мед. наук, проф.

Седова Н.Н.
С28 Биоэтика : учебник / Н.Н. Седова. — М. : КНОРУС, 2016. — 216 с. — (Специалитет).

ISBN 978-5-406-05337-9
DOI 10.15216/978-5-406-05337-9

Материал учебника отражает основные вопросы курса «Биоэтика», рассматриваемые в учебных программах разных отечественных вузов, и основан на опыте обсуждения этих программ в УМК по гуманитарным дисциплинам УМО Минздрава России и в редакции федерального научно-практического журнала «Биоэтика». Автор, являясь участником Международного Форума преподавателей биоэтики ЮНЕСКО, привлекает богатый материал зарубежной образовательной практики в области биоэтики. Учебник содержит понятийные конструкты, исторические обзоры, рассмотрение примеров по методу кейс-стади, собственные размышления автора, а также задания для закрепления материала, вопросы для самопроверки и список рекомендованной литературы.

Соответствует ФГОС ВО 3+.

Для студентов и аспирантов медицинских вузов, а также слушателей системы последипломного образования врачей.

УДК 614.253(075.8)
ББК 87.75я73



Дополнительные материалы:
«Контрольные тесты по дисциплине «Биоэтика»
доступны в электронно-библиотечной системе BOOK.ru

Седова Наталья Николаевна

БИОЭТИКА

Сертификат соответствия № РОСС RU.АГ51.Н03820 от 08.09.2015.
Изд. № 8867. Подписано в печать 26.04.2016. Формат 60×90/16.
Гарнитура «Petersburg». Печать офсетная.
Усл. печ. л. 13,5. Уч.-изд. л. 12,5. Тираж 500 экз.
ООО «Издательство «КноРус».
117218, г. Москва, ул. Кедрова, д. 14, корп. 2.
Тел.: 8-495-741-46-28.
E-mail: office@knorus.ru http://www.knorus.ru
Отпечатано в ПАО «Т8 Издательские Технологии».
109316, г. Москва, Волгоградский проспект, д. 42, корп. 5.
Тел.: 8-495-221-89-80.

ISBN 978-5-406-05337-9

СОДЕРЖАНИЕ

ПРЕДИСЛОВИЕ

КАК РАБОТАТЬ С УЧЕБНИКОМ

Биоэтика возникла сравнительно недавно, как ответ на социальные изменения и активный прогресс новых биотехнологий. Наиболее широкое поле ее применения — медицина, поэтому появилась модификация данного понятия — «биомедицинская этика». Такая конкретизация удобна и полезна для практики применения биоэтических принципов в сфере здравоохранения, но для системы образования целесообразно придерживаться родового понятия — биоэтика. Это позволяет тем, кто готовится посвятить себя медицине, не чувствовать гуманитарной изоляции, а быть сопричастными целостному нравственному отношению к живому, которое и регулирует биоэтика.

В настоящее время «Биоэтика» является обязательной учебной дисциплиной в медицинских вузах и колледжах, хотя дискуссии по поводу содержания и структуры образовательной программы по данному предмету продолжаются. Это не удивительно, потому что данная дисциплина постоянно развивается, появляются новые проблемы для этической экспертизы — и в науке, и в практической медицине. Поэтому ни один учебник по биоэтике нельзя считать исчерпывающим. Кроме того, знания, полученные из учебника, это только основа для получения новой научной информации и навыков работы с ней.

Предлагаемый учебник написан в соответствии с требованиями новых (2015) государственных стандартов высшего медицинского образования и на основе учебных Программ различных медицинских вузов. Обсуждение этих программ проходило в редакции федерального научно-практического журнала «Биоэтика»[1] и на заседаниях учебно-методической комиссии по гуманитарным дисциплинам УМО Минздрава России (2012–2013 гг.). В данном учебнике сделана попытка отразить наиболее интересные образовательные сюжеты, которые представлены в курсе «Биоэтика» в разных медицинских вузах России, в том числе отражена авторская концепция курса. Появление в последнее время новых проблем

---

[1] Биоэтика. 2012. № 2.

(таких как применимость технологий «улучшения человека»), а также обострение проблем старых, но до сих пор нерешенных (таких как дискуссия о врачебной ошибке) обусловило необходимость выхода за рамки стандартной учебной программы и расширения некоторых тем курса.

В связи с тем что образование в области биоэтики для врача начинается в колледже или вузе, но не заканчивается всю жизнь, материал учебника обладает определенной избыточностью в отношении стандартной учебной программы. Не все вопросы, которые здесь освещены, рассматриваются в лекциях и семинарах, но в курсах специальных медицинских дисциплин к ним неизменно обращаются профессионалы-медики при характеристике нормативных параметров своей дисциплины. Поэтому полезно сохранять учебник и после сдачи зачета — этические проблемы в медицине постоянно воспроизводятся и представлены в каждой из ее областей.

Чтобы материал учебника был действительно полезен, требуется значительная самостоятельная работа. В связи с этим необходимо дать несколько советов.

1. В биоэтике есть положения, которые не вызывают разночтений (например, проблема информированного согласия, этика здорового образа жизни и др.). Их нужно знать. В учебнике общепризнанные и обязательные для усвоения положения выделены рамкой.

2. Каждую тему предваряет краткий список основных понятий. При работе с учебником необходимо выписать эти понятия и найти их определения либо в тексте, либо в справочной литературе.

3. Поскольку биоэтика преподается, к большому сожалению специалистов, на младших курсах, когда студенты еще не работают в клинике, в приводимых примерах могут встретиться незнакомые медицинские термины. Их значение необходимо отыскать в медицинском словаре или в медицинской энциклопедии — не важно, в каком именно издании, но важно, чтобы это издание было современным (не ранее 2005 г. выпуска). Не рекомендуется использовать интернет-форумы, поскольку на них часто размещается неточная информация. Адреса необходимых для работы сайтов указаны в списке литературы.

4. В конце каждой темы даны вопросы для самопроверки. Они просты и служат для того, чтобы убедиться в правильности *запоминания* содержания главы. Там же даны задания для закрепления материала. Они предполагают творческую работу сознания и служат для того, чтобы убедиться в правильности *понимания* материала темы.

5. Список литературы состоит из четырех блоков. Первый — обязательная литература, которой нужно пользоваться в течение всего времени изучения биоэтики. Второй блок — документы, они также являются обязательными для ознакомления. Третий блок — интернет-источники,

их немного, но они отобраны по критерию максимальной достоверности и научности предоставляемой информации. Четвертый блок — дополнительная литература к каждой главе. Это в абсолютном большинстве статьи из единственного научного периодического издания по биоэтике — журнала «Биоэтика». Эти статьи рекомендуются как дополнительный материал потому, что представляют самые последние разработки в области данной дисциплины, содержат дискуссионные вопросы и дают возможность поспорить с авторами, выработать свою позицию. Поэтому дополнительная литература должна восприниматься не как набор истин в последней инстанции, а как повод для размышления.

6. Логика работы с учебником проста: усвоение теоретических положений, запоминание дефиниций основных понятий, знакомство с практической интерпретацией и решение ситуационных задач, которые представлены либо в виде примеров в тексте, либо в виде заданий для усвоения материала.

Необходимо отметить, что все приведенные в учебнике примеры имели место в реальной жизни. Их описание взято из рассказов врачей, из раздела «Прикладная биоэтика» федерального научно-практического журнала «Биоэтика», из докладов специалистов на научных конференциях, со страничек практикующих врачей в Интернете. Выражаю глубокую благодарность тем представителям медицинского сообщества, которые сочли возможным поделиться со всеми нами интересными случаями из своей практики!

Хочу искренне поблагодарить моих коллег — основателей отечественной биоэтики, которых считаю не столько коллегами, сколько учителями. В первую очередь — члена-корреспондента РАН Бориса Григорьевича Юдина, без эвристических идей и научной активности которого отечественная биоэтика вряд ли бы состоялась. Мое искреннее восхищение и признательность профессорам Ирине Васильевне Силуяновой, Ольге Иосифовне Кубарь, Павлу Дмитриевичу Тищенко, Александру Яковлевичу Иванюшкину, Алексею Станиславовичу Созинову. Особая благодарность — главному редактору журнала «Биоэтика», академику РАН Владимиру Ивановичу Петрову, который не только сам является автором ряда оригинальных идей в биоэтике, но и создает условия для свободного творческого поиска молодым исследователям, поддерживает их и защищает.

Заслуженный деятель науки РФ,
доктор философских наук,
доктор юридических наук, профессор,
руководитель Российского Unit-отделения
Международной сети кафедр биоэтики ЮНЕСКО
Наталья Николаевна Седова

Глава 1
ЭТИКА КАК НАУКА О МОРАЛИ

Ключевые понятия темы: мораль, этика, структура морали.

Биоэтика не есть простой переход от корпоративной регуляции поведения и отношений в сфере охраны здоровья к регуляции на уровне общества в целом. Это и новый этап в развитии общей теории морали. Но для того чтобы понять смысл такого интеллектуального события, как биоэтика, необходимо знать, что такое мораль, что такое теория морали.

Несмотря на то что каждый человек уверен в своей этической компетенции, весьма небольшое количество людей могут внятно объяснить, откуда взялась мораль, почему мы следуем ее нормам, хотя нас никто, вроде бы, и не принуждает, почему такие качества, как доброта, верность, ответственность, бывают в жизни важнее денег и славы, откуда, наконец, известно о том, что такое «хорошо» и что такое «плохо»? Для ответа на эти вопросы нужно иметь представление о происхождении и сущности морали, ее структуре и способах.

Этика является наукой о морали. В этом смысле, когда мы говорим «этика врача» или «этика больного», то не имеем в виду их поведение, а всего лишь его теоретические основы, поэтому в приложении к действительности правильнее говорить «мораль врача» или «мораль пациента». Но именно этика дает нам необходимые знания о морали, прежде всего о том, что это такое.

ЧТО ТАКОЕ МОРАЛЬ

Мораль — древнейший регулятор поведения людей в обществе. Ее существование обусловлено наличием системы общественно признанных ценностей, без которых люди не могут прожить. В принципе, человек застает уже готовую систему ценностей, многократно проверенную, апробированную обществом. Такие ценности, как жилье, воздух, которым мы дышим, деньги, власть, прекрасное во всех его проявлениях, верность и преданность, предметы материальной куль-

туры, мир, сама жизнь человеческая — это и многое другое отобрали люди в результате долгого и мучительного опыта, закрепили в законах, правилах, художественном творчестве, воспитании. Эта система стала общезначимой. И в то же время каждый человек с его судьбой, эмоционально-психическим складом уникален, поэтому он не только усваивает общепринятую систему ценностей, но и в своей жизни руководствуется ценностями индивидуальными, только ему принадлежащими.

ОСОБЕННОСТИ МОРАЛЬНОЙ РЕГУЛЯЦИИ

Мораль регулирует как отношение к общепризнанным ценностям со стороны каждого отдельного человека, так и соотношение его личной системы ценностей с общепринятой.

В отличие от других регуляторов человеческого поведения (права, политики, экономики и т.п.), мораль отличается следующими особенностями:

1) ее предписания неофициальны (не закреплены законом);
2) ее санкции неформальны (нарушение моральных норм не влечет юридической ответственности)

Между тем люди обычно руководствуются скорее предписаниями морали, чем правовыми нормами, и больше бояться молчаливого осуждения окружающих, чем санкций правоохранительных органов.

Пример. Эта ситуация даже учтена в законодательных документах многих стран, в том числе, в российском законодательстве. Так, в Конституции РФ есть ст. 51, которая гласит: «1. Никто не обязан свидетельствовать против себя самого, своего супруга и близких родственников, круг которых определяется федеральным законом». Согласно примечанию к ст. 308 УК РФ, лицо не подлежит уголовной ответственности за отказ от дачи показаний против себя самого, своего супруга или своих близких родственников. Ненаказуемо также заранее не обещанное укрывательство преступления, совершенного супругом или близким родственником (прим. к ст. 316 УК РФ). Почему введена эта норма? Да потому что моральная вина в случае, когда предаешь любимого, ощущается сильнее, чем когда не следуешь закону и лжешь, чтобы хоть как-то помочь близкому человеку. И поскольку большинство людей в подобных случаях следуют не норме закона, а своему моральному чувству, юридически оправданным было избавить их от уголовной и (или) гражданской ответственности, предоставив право не свидетельствовать против супруга или близкого родственника.

Еще одно отличие — мораль была исторически первым регулятором человеческого поведения. А первыми моральными нормами были: а) табу — строгий запрет на совершение какого-либо действия, способного принести вред соплеменникам и (или) самому человеку; б) запрет инцеста — кровосмешения. Эти нормы сфор-

мировались в результате опыта нескольких поколений. Люди не могли объяснить, почему то или иное действие наносит вред, но зная о таком результате, просто запрещали его. Но тогда получается, что мораль возникла из биологических потребностей сохранения рода?

ПРОИСХОЖДЕНИЕ И ЭТАПЫ РАЗВИТИЯ МОРАЛИ

Вопрос о происхождении морали нельзя считать решенным. Действительно, согласно одной концепции, в пользу которой говорит первичность табу и запрета инцеста как моральных норм, мораль имеет биологическую природу: необходимость закрепления определенных биологических условий выживания человека в понятных и присущих именно человеку формах породила систему моральных регуляторов. Эта концепция известна больше как *натуралистический подход* (Ч. Дарвин, Т. Гоббс, Ж.Ж. Руссо).

Но согласно другой концепции, которую часто называют *социально-историческим подходом*, мораль имеет сугубо социальную природу: люди, не обладая инстинктами, регулирующими поведение у животных, в процессе коллективной деятельности вырабатывают нормы сотрудничества, основанные на разуме (Ф. Энгельс, А.А. Гусейнов, Р. Апресян и другие).

Разумеется, существует и еще одна важная концепция происхождения морали — *теологическая*. Согласно этой концепции, источником морали является Бог, Который придает морали ее всеобщий абсолютный характер. Божественное происхождение морали объясняется и тем, что люди в силу своей слабости не могут самостоятельно обуздать свои страсти и желания и поэтому обращаются к Богу. Эта концепция — не объясняющая, а постулирующая, мы не будем на ней останавливаться, так как она не имеет непосредственного отношения к науке, а религиозная вера — это личное дело каждого.

Можно обсудить эти концепции на практических занятиях, но важно отметить, что по целевому определению происхождения морали они практически не расходятся — мораль возникла *потому, что* была необходима «*надбиологическая*» регуляция отношений между людьми. Она возникла *для того, чтобы* коллективная их деятельность подчинялась *разумным мотивам*.

Мораль не оставалась неизменной на протяжении человеческой истории. Ее нормы во многом зависели от конкретной социально-экономической ситуации в обществе, которое она и была призвана охранять от

хаоса. Мораль всегда защищала то, что помогало человеческой цивилизации выжить и развиться. Поэтому этапы развития морали соответствуют этапам развития общества. Из курса истории и философии известны два подхода к периодизации общественного развития: формационный и цивилизационный. Периодизацию морали целесообразно рассматривать с позиций цивилизационного подхода (схема 1).

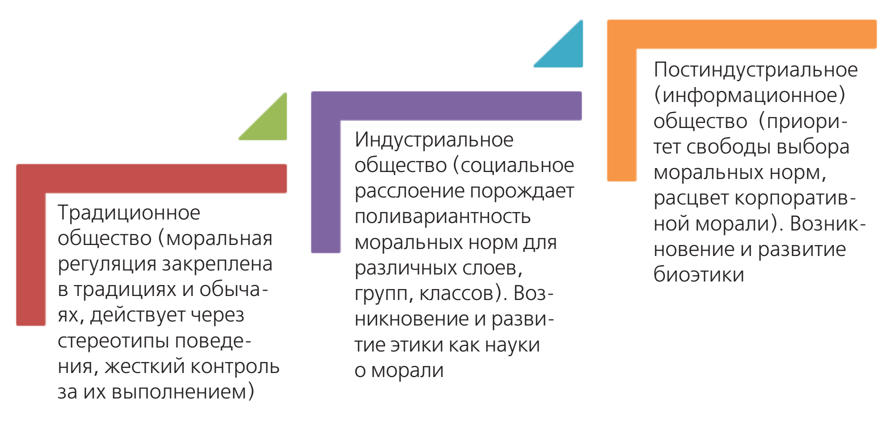


Схема 1. Периодизация морали

СТАНОВЛЕНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ НОРМ МОРАЛИ

Поскольку мораль непосредственно связана с системами ценностей, а каждая социальная группа в каждую историческую эпоху имеет свои ценности, то и систем морали было много, особенно ясно это видно на примере профессиональных групп. Так, мораль медицинских работников явно отличается от морали политиков, нравственные принципы в науке — от нравственных принципов в бизнесе и т.д.

У каждого человека по сути дела три взаимосвязанных системы моральных ценностей: ценности общества, в котором он живет; социальной группы, к которой он принадлежит и те, что связаны с его личным жизненным опытом, с его судьбой. Наиболее устойчиво человек чувствует себя тогда, когда в его сознании и поведении все эти три системы совпадают. В истории же совпадение этих систем необходимо для стабильного развития социальных систем.

Так, периодизация медицинской этики в принципе совпадает с периодизацией общечеловеческой морали (табл. 1).

Таблица 1

Этапы развития медицинской морали

Этап социального развития	Этап развития медицинской морали	Сущность этапа
До VI в. до н.э. становление прасовременных государств, утверждение господства товарно-денежных отношений и окончательный переход к металлическим орудиям труда	Догиппократовский период	Обособление группы лекарей на основе моральных правил поведения
Расцвет античной демократии	Гиппократовский период	Связан с утверждением всеобщего права на медицинскую помощь и принципа «Не навреди!»
Период феодальной раздробленности во всем мире	Распад медицинской морали на отдельные проблемы	Поиск единых медицинских канонов поведения врачей
Период слияния церкви и государства в Западной Европе	Расцвет храмовой медицины	Утверждение принципа «Прежде, чем лечить больного, его надо утешить»
Процесс отделения церкви от государства	Образование самостоятельных медицинских школ	Начало становления медицинской этики как научной дисциплины
Начало промышленной революции	Превращение медицины в отдельную сферу социальной жизни (начало становления социального института медицины)	Формирование нового социального слоя – медицинской интеллигенции, выработка ею новых постулатов медицинской этики – о гражданской ответственности врача
Начало становления информационного общества	Появление и развитие биоэтики	Активное внедрение в медицину научно-технических достижений и соответственно новое представление о ценности жизни перед лицом глобальных катастроф

На примере становления медицинской этики видно, как преломляются в профессиональной морали общечеловеческие принципы и конкретно-исторические нравственные нормы. Однако этика как наука о морали стала возможной потому, что существует некий общий каркас в каждой из профессиональных и социально-исторических систем морали.

СТРУКТУРА МОРАЛИ

При всей кажущейся «необязательности» и относительности мораль представляет собой стройную систему, состоящую из следующих частей (схема 2).

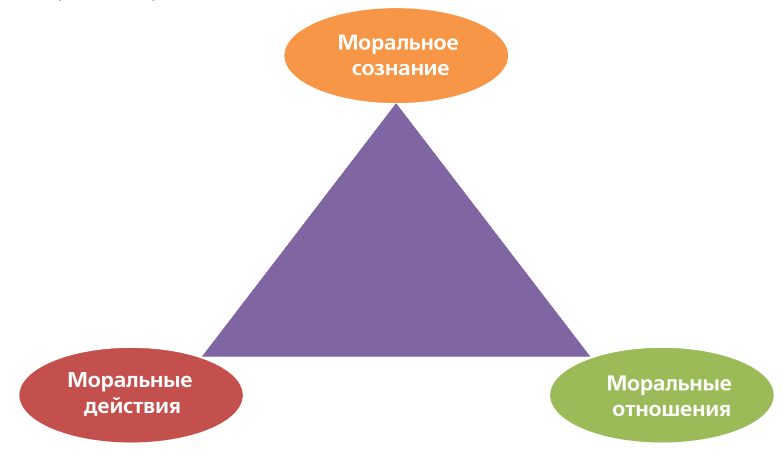


Схема 2. Структура морали

Прежде чем характеризовать каждую из этих частей, нужно запомнить, что нет и не может быть собственно моральных действий или отношений. То, что мы называем этими терминами, суть нравственная сторона любых наших действий и отношений. Ее выделение в качестве отдельных актов носит условный характер.

Пример. Молодая пара — юноша и девушка идут по улице. Мимо проходит мужчина, который бросает в адрес пары какую-то реплику. Юноша разворачивается и бьет мужчину по лицу. Это моральное или аморальное действие? Пока мы не узнаем мотив, эту ситуацию можно трактовать как действие чисто механическое. Если юноше просто не понравился прохожий, вмешавшийся своей репликой в разговор с девушкой? Тогда мы сделаем вывод, что юноша поступил аморально, поскольку никакого проступка мужчина не совершил. А если прохожий оскорбил своим вы-

сказыванием подругу юноши? Тогда, скорее всего, мы похвалим напавшего за то, что защитил честь дамы. Следовательно, само действие не имеет моральной окраски, ее придают мотивы поступка.

По каким же признакам мы судим о нравственности наших действий? Прежде всего по их причине, мотиву того или иного поступка (схема 3).



Схема 3. Моральные действия

Мотив — это побуждение к активности, деятельности, связанное со стремлением удовлетворить определенные потребности. Естественно, нравственные действия связаны с определенными моральными потребностями (в самом широком смысле — принести добро или причинить зло).

Поскольку человек является существом теолеологическим, то каждое его действие сопряжено с какой-либо целью. **Цель** — один из основных элементов поведения и сознательной деятельности, который характеризует мысленное предвосхищение результата деятельности, а также средств и путей его реализации. Нравственная сторона целей выражается в том, как скажется результат деятельности на других людях (здесь варианты опять распределяются по шкале «добро — зло»).

Всякая цель подразумевает для своего осуществления использование определенных **средств**. Одним из принципиальных является вопрос о соотношении целей и средств. Существуют два противоположных подхода к этой проблеме. Согласно первому, для достижения благородной цели хороши все средства. Подтверждение правильности этого подхода можно найти в медицинской практике, когда для спасе-

ния жизни человека используются любые средства, без учета их побочного последующего влияния на организм. В последнее время современная реаниматология считает такой подход вредным. Вопрос остается дискуссионным.

Второй подход подразумевает, что благородные цели предполагают использование только нравственно оправданных средств. Этот подход представляется логически более обоснованным, но практически трудно реализуемым. Желание достичь цели у людей обычно оказывается сильнее стремления найти пригодные для этого средства.

Любое нравственное действие только тогда является благом, когда и мотив, и цель, и средства являются благородными. Это правило можно рассматривать как нравственный идеал, к которому необходимо стремиться.

Пример. Ребенок госпитализирован по поводу заболевания, требующего длительного стационарного лечения. Мать ребенка стремится создать для него комфортные условия пребывания в больнице и добиться максимально эффективного лечения. Она может а) полностью положиться на врачей и помогать им, осуществляя уход за ребенком; б) постараться материально стимулировать врачей и медицинский персонал для того, чтобы они уделяли больше внимания ее ребенку, чем другим детям; в) временно устроиться нянечкой в данное отделение и осуществлять уход как за своим ребенком, так и за другими детьми. Максимально полное соотношение мотива, цели и средств достигается в третьем случае, достаточное соотношение мотива, цели и средств имеет место в первом случае, дисбаланс цели и средств проявляется во втором случае.

Но действия — это единичный акт, направленный на кого-то и чаще всего рассчитанный на ответные действия. Когда получен ответ на действие, можно говорить уже о ***нравственных отношениях***, в которые люди вступают друг с другом (схема 4).

Основой нравственных отношений являются **отношения между двумя индивидами**. Здесь особенно четко просматривается моральная сторона всех наших действий. Весь спектр человеческих отношений — от объяснения в любви до покупки в магазине — содержит нравственную информацию. Здесь нравственная сторона оказывается наиболее важной и, сами того не подозревая, мы вступаем в отношения с другими людьми ради того, чтобы получить одобрение, заряд бодрости, жалость или восхищение.

На межличностном уровне типичными являются такие нравственные отношения, как дружба, любовь, ненависть, верность, взаимопонимание и т.п. Нравственные отношения врача и больного — это разновидность межличностных нравственных отношений. Здесь общей для обоих субъектов является одна ценность — здоровье.



Схема 4. Моральные отношения

Нравственные отношения **«индивид — группа»** — это то, что принято, хотя и не совсем корректно, именовать «нравственно-психологическим климатом коллектива». Не корректно верно потому, что человек может не общаться непосредственно с членами своей группы, но иметь с ними моральные отношения. Таковы, например, отношения в профессиональных группах, которые слишком велики для того, чтобы все были лично знакомы между собой. В то же время аморальное поведение хотя бы одного из членов группы способно подорвать ее престиж в глазах окружающих.

Пример. Ситуация врачебной ошибки, которая привела к смерти пациента, следствие, суд появление в СМИ материалов под заголовками типа «врачи-убийцы», оправдательный приговор врачам. Было доказано, что врачи не виноваты в гибели пациента, но в общественном мнении закрепилась формула «врачи-убийцы», и ее начинают «примерять» ко всем представителям профессии.

Соответственно в системе отношений типичными являются такие моральные проявления, как ответственность, дисциплина, взаимопомощь, отчуждение и т.п.

В системе отношений *«человек — общество»* нравственная сторона связана преимущественно с действиями индивида, поскольку общество, как правило, предстает в глазах своих членов через интересы и статусы социальных групп, к которым они принадлежат. В этой системе отноше-

ний типичными являются такие нравственные отношения, как патриотизм, массовый энтузиазм, уважение к власти (или неуважение — это, смотря какая власть).

Пример. В 90-е годы прошлого столетия, когда распался Советский Союз, практически все население страны переживало жесткую фрустрацию. Раньше была гордость за великую державу. Теперь державы не стало. Более того, оказалось, что люди живут в стране, где все плохо, к которой в мире относятся с пренебрежением. Но человек не может жить в государстве, которого стыдится. Многие уезжали. А те, кто оставался и продолжал любить свою страну, находили поводы для гордости за нее самые неожиданные, которые при прежней жизни считались бы поводами для стыда. Так, в прессе появилось сообщение о том, что в Западной Европе самыми популярными проститутками являются русские девушки. Это вызвало у многих радостное возбуждение. Или заметка о том, что серьезную угрозу в США стала представлять «русская мафия», с которой ФБР пока не может совладать. Чем не повод для гордости? Иными словами, моральное отношение — гордость за страну, в которой живешь, — оставалось, но наполнялось сомнительным содержанием.

Может ли человек обижаться на общество? В принципе, да, когда считает, что нарушены его гражданские права или пострадало его человеческое достоинство. Но в каждом таком случае действия общества не направлены на данную конкретную личность. В лучшем случае они адресованы конкретным социальным группам.

Более того, сами эти действия практически никогда не преследуют моральные цели. Это обычно экономические, политические, юридические и тому подобные меры. Но моральный эффект налицо. Он выражается в виде переживания конкретным лицом безличного действия условного субъекта, именуемого обществом (часто отождествляемого с государством). Эту особенность надо иметь в виду, когда в данной группе нравственных отношений анализируются такие явления, как гражданское неповиновение или героизм, патриотизм или национализм и т.п.

Вся совокупность моральных действий и отношений регулируется и отражается ***моральным сознанием*** (схема 5).

Фундаментом нашей нравственности, безусловно, является **представление о добре, зле и долге**. Они достаточно сильно отличаются у разных народов, социальных групп и индивидов. Но в то же время существует инвариант этих представлений, связанный с общечеловеческими ценностями. Примером таких общезначимых представлений могут служить десять заповедей христианской религии. Впоследствии в разные времена в разных документах люди пытались договориться об общих ценностях, посягательство на которые являлось злом, а сохранение — добром.



Схема 5. Моральное сознание

В проблеме добра, зла и долга следует помнить о двух принципиальных моментах. Первый — то, что для одного человека является добром, для другого оказывается злом. С этим парадоксом связан принцип наименьшего зла, лежащий в основе принципа сберегательного лечения в медицинской деонтологии.

Второй момент — понятие долга неразрывно связано с представлениями о возможностях человека. «Должен, подразумевает, способен», — говорил Эммануил Кант.

Наиболее полно диалектика добра, зла и долга выражена в так называемом золотом правиле нравственности, впервые сформулированном в Библии, затем неоднократно обыгранном разными мыслителями и получившем обстоятельное объяснение у того же Канта, предложившего его под названием категорического императива: «Поступай по отношению к другим так, как ты хотел бы, чтобы поступали по отношению к тебе».

Из представлений о добре, зле и долге вырастают **представления о моральных качествах людей**. Понятие «хороший человек» общезначимо, хотя каждый вкладывает в него, видимо, собственный смысл. Но дальше уже идет конкретизация, и оценки приобретают более субъективный характер: честный, порядочный, благородный, веселый, хороший семьянин, завистливый, несговорчивый, безответственный и т.д. Все моральные качества — парные. Если есть положительное (желаемое) качество, то есть и его антагонист.

Более общими по отношению к моральным качествам являются **нравственные принципы**. Принципы — это наиболее общие установки, которыми человек руководствуется в течение всей жизни. Раз выработавшись (примерно к 14 годам), моральные принципы уже практически не поддаются пересмотру. В этом заключается одна из проблем человеческого общения: невозможность отказаться от собственных принципов люди часто воспринимают как необходимость навязать их всем остальным. Следует помнить, что становление моральных принципов связано не столько с конкретными, сугубо индивидуальными условиями жизни, сколько с объективной необходимостью взаимодействия. Мораль существует для того, чтобы люди могли находить общий язык, поэтому общее в ней гораздо важнее индивидуального.

Самым общим нравственным ориентиром является **идеал**. Хорошо сказал Лев Толстой: «Если нравственный идеал — это предел, к которому человек всегда стремится, но которого никогда не достигнет, то норма — это предел, ниже которого он не имеет права опуститься». Идеал действительно недостижим, на то он и идеал. Но если бы его не было, жизнь потеряла бы смысл. Для одних нравственным идеалом является реальный человек, которому они стремятся подражать, для других — литературный или киногерой, но больше всего таких, которые создают идеал сами из комплекса наиболее желательных черт, которые они хотели бы в себе выработать.

Главными же структурными компонентами морального сознания, в которых со всей очевидностью реализуются функции морали, выступают **нормы** и **оценки**. Мы уже сказали словами Толстого о том, что такое норма. Теперь надо добавить, что *нравственные нормы возникают только в результате длительного опыта совместной жизни людей в обществе*. В них закрепляется то, без чего общество бы развалилось. Сюда относятся прежде всего нормы поведения в группе, отношение к родителям и детям, отношение к труду, собственности, власти и т.д. Практически все наши действия строго регламентированы общепринятыми нормами, но мы этого часто не замечаем, поскольку они усваиваются на уровне подсознания. Отступление от нормы влечет за собой санкции со стороны группы. Они, как уже говорилось, носят неформальный характер. Но потерять доверие и доброжелательность людей, а то и быть исключенным из группы — это слишком страшное наказание, поэтому нормы соблюдаются не только подсознательно или добровольно, но и из страха перед санкциями.

Следует отметить отличие между моральной и психической регуляциями. Казалось бы, психическая регуляция, обусловливающая спонтанное поведение, должна быть сильнее нормы, навязанной извне. Но экс-

перименты в области нейрофизиологии и психологии показывают, что моральная регуляция оказывается сильнее. Очевидно, это обусловлено тем, что в данной ситуации у человека сохраняется свобода выбора и он может использовать сознание для принятия решения.

> **Пример.** Нейрофизиологи проводили такой эксперимент: 30 пар испытуемых разместили в отдельных кабинках, попросили их надеть наушники и слушать ослабевающий звуковой сигнал. Когда сигнал переставал быть слышимым, необходимо было дать сигнал экспериментатору нажатием кнопки. В первой серии эксперимента был зафиксирован исходный средний уровень чувствительности. Во второй серии испытуемым сообщили, что при нажатии кнопки они получат легкий удар электротоком. Не удивительно, что во второй серии эксперимента средний уровень чувствительности повысился на 1,67 дБ. После этого испытуемым изменили задачу: при нажатии кнопки удар током должен был получить не сам испытуемый, а его напарник. В результате средняя чувствительность повысилась на 3,24 дБ. Правда, повысилась она не у всех. Это показывает, что психическая регуляция — «страх за себя» — слабее, чем моральная регуляция — «страх за другого».

Человек не является рабом норм не только потому, что у него всегда есть выбор: следовать норме или нет. Он свободен в поле нравственности еще и потому, что *нормы не распространяются на область чувств*, а только на действия. Человек может ненавидеть другого и даже желать ему смерти, но если это никак не отражается на поступках, то он не несет никакой моральной ответственности за эти мысли и переживания.

То, как человек выполняет нормы, фиксируется в оценках его поведения. Оценка в морали, как уже указывалось, носит *неформальный* характер. Они представляют собой соотнесение реальных поступков с нормами, нравственными качествами (желаемыми) моральными принципами и, наконец, с идеалом. Шкала оценок четко распределяется в категориальном поле «добро — зло», при этом оценки служат установкой последующих нравственных действий, структура, характер и содержание оценок *всегда* связаны с определенной системой ценностей, усвоенной человеком.

Представление о структуре морали позволяет высказать некоторые суждения об особенностях ее рефлексии, т.е. об этической теории.

Являясь наукой о морали, этика отличается тем, что изменяет свой предмет. Изучая отношения, сложившиеся в обществе, она фиксирует постоянное в них, формулируя, таким образом, нормы и правила, известные на уровне обыденного сознания, в виде предписаний, которые можно прочесть, передать другим, оценить, на которые можно ссылаться. Эти предписания часто закрепляются в виде этических кодексов, клятв, обещаний, сводов принципов и т.п. Хорошо известны кодексы

медицинской этики, которые есть практически во всех странах и, кроме того, в документах международных медицинских организаций. И Женевская декларация (международная клятва врачей), и Хельсинкская декларация являются такими сводами моральных норм и принципов врачебной этики.

Но внутренняя двойственность морали, которая выражена в сочетании норм (что должно быть сделано) и оценок (как это сделано), порождает и внутреннюю двойственность этики.

Любая этическая теория включает два учения: учение о должном (деонтология) и учение о правильном (аксиология).

Другими словами, деонтология — это учение о моральных нормах, а аксиология — это учение о моральных оценках. В медицинской этике всегда абсолютное внимание уделялось деонтологии, поскольку жесткие предписания были необходимы в данной сфере. От их выполнения зависела жизнь и здоровье людей. Некоторые авторы вообще не употребляли термин «медицинская этика», а ограничивались термином «медицинская деонтология».

В современной биоэтике эта ограниченность преодолевается, в ней несравненно больше внимания уделяется аксиологическим проблемам. Это связано, в частности, с тем, что наука эта молодая и общие критерии норм пока не выработаны.

Вообще на вопрос о том, что первично, норма или оценка, ответить трудно. И все же нормы возникают только тогда, когда достаточно большое число случаев оценены как хорошие или плохие. Отсюда, как вывод, следует предписание — делать так, как считается правильным, и не делать то, что может принести зло. Так вот, что правильно, а что неправильно, в биоэтике пока однозначно не определено. Но с течением времени ее нормативная часть расширяется.

ЭТИЧЕСКИЕ ТЕОРИИ

Говоря об этической теории, мы немного лукавим. Дело в том, что теорий таких очень много. Они создавались как по «социальному заказу», так и под влиянием господствующих философских концепций. Теории эти зависят и от религий, и от социального строя, и от истории конкретного народа. И все-таки определенная классификация этических концепций существует. Не будем приводить ее здесь, это специальная тема. Отметим лишь те теории, которые в наибольшей степени определяют направление исследований в биоэтике. В этом

нам поможет классификация, предложенная одним из ведущих специалистов в данной области профессором Ириной Васильевной Силуяновой.

В своем курсе лекций по биоэтике, который читается в Российском государственном медицинском университете, И.В. Силуянова выделяет, во-первых, натуралистическо-прагматический тип этических теорий, оказавших влияние на становление либеральной формы биоэтики. Прежде всего нужно перечислить эти теории. К натуралистическо-прагматическим теориям можно отнести цинизм и гедонизм в Античности, идеологов «естественности» человеческой природы, права, морали в Новое время (Т. Гоббс, Дж. Локк, Д. Юм), социал-дарвинизм, эволюционизм в этике XIX в. (Ч. Дарвин, Г. Спенсер), прагматизм, утилитаризм (И. Бентам, Дж. Ст. Милль), социобиологизм (З. Фрейд, Ф. Ницше и другие) и социоцентризм (О. Конт, К. Маркс, Э. Дюркгейм и другие) в современной этике.

Как же понимается человек в рамках данной традиции? Человек представляет собой прежде всего совокупность потребностей. Сущность человека непосредственно связывается с его естественными, как правило, биофизиологическими потребностями. Они же, точнее необходимость их удовлетворения, определяет содержание моральных принципов, и в итоге поступки и поведение человека. В рамках этой традиции отрицается существование вечных, неизменных и абсолютных моральных принципов и норм. Последние всегда относительны, вырастают из насущных потребностей и постоянно изменяются в процессе их удовлетворения. Неизменным остается только стремление человека к удовлетворению своих потребностей и чувство удовольствия, которым это удовлетворение сопровождается. Сумма существ, стремящихся к удовлетворению своих, как правило, растущих потребностей, образует специфическое сообщество индивидов, получившее в современной социологии название — «общество потребления».

Теоретические установки натуралистическо-прагматической этики, по мнению И.В. Силуяновой, являются основаниями для современного либерального обоснования морально-этической «правомерности» эвтаназии, экономической и демографической целесообразности «прогностического» контроля медицинской генетики за «здоровьем населения», правомерности уничтожения жизни на эмбриональном уровне, просчитывания «цены» трансплантологического продления и завершения жизни по критериям «смерти мозга» и т.п. Скажем сразу, что негативное отношение автора к решению указанных проблем в прагматическом ключе не представляется нам правильным. В прагматизме есть свои достоинства, ведь любая оценка в медицине — это оценка результата. Та

же эвтаназия уже признана в нескольких странах и нескольких штатах США. Вероятно, и мы придем к ее признанию. Просто сейчас еще нет условий для того, чтобы данное действие было освобождено от моральных рисков. Общество не готово. Но неготовность общества не означает ошибочность идеи или принципа.

Вторая группа этических концепций — идеалистически-деонтологическая этика, служащая основой для разработки консервативной формы биоэтики. К этой группе относятся этическая доктрина иудаизма, конфуцианства, этические воззрения Гераклита, Сократа, Платона, вся христианская традиция, к которой относятся И. Кант, И.Г. Фихте, Р.Г. Лотце, В. Виндельбанд, Г. Риккерт, Э. Кассирер, Э. Гуссерль, М. Шелер, Н. Гартман, этические учения неотомистов, протестантская этика (Р. Бультман, П. Тиллих) и, наконец, русская религиозная философия, представленная в творчестве Ф.М. Достоевского, В.С. Соловьева, С.П. Франка, С.Н. Булгакова, Н.А. Бердяева, Н.О. Лосского, В.Н. Лосского, П.А. Флоренского, В.И. Несмелова и других.

В рамках идеалистической этики формируется ответ на вопрос, что такое человек, явно отличающийся от представленных ранее ответов. В рамках идеалистической этики человек понимается как существо, обладающее способностями. Причем эти способности даны ему не только для того, чтобы управлять потребностями, но и для того, чтобы становится лучше, т.е. нравственно совершенствоваться в соответствии с нравственными ценностями и законами, которые являются не только законами человеческих отношений, но и законами бытия. Нравственный закон — это как бы «позвоночный столп» в организме человеческих отношений. Абсолютное значение нравственных ценностей и нравственного закона для человека и общества заключается в том, что несоблюдение нравственного закона приведет в конце концов к вырождению общества, так же как разрыв спинного мозга неизбежно приводит к параличу и гибели человека. По мнению И.В. Силуяновой, развивать биоэтику необходимо именно на этой основе. Но и здесь могут быть выдвинуты возражения.

Абстрактное требование к человеку «становиться лучше» апеллирует к общечеловеческим ценностям как критерию оценки. Но это настолько общий критерий, что его трудно применять, например, в каждодневной медицинской практике.

Пример. Пациент с тяжелым инсультом доставлен в больницу, где проведены необходимые реанимационные мероприятия и пациенту сохранили жизнь, хотя он не может ни говорить, ни двигаться, обречен на вегетативное существование на много-много лет... Это хорошо или плохо? Врач выполнил свой профессиональный долг — спас человека, но остался ли тот человеком? Даже если следовать канонам христианской морали, такое спасение жизни можно трактовать как противоречащее им.

Но если строго следовать идеалистической этике, то право на существование будет иметь только паллиативная медицина (облегчение страданий), все остальное противоречит божественному замыслу, поэтому и приводит к таким плачевным результатам, как пожизненная тяжелая инвалидизация. Конечно, мы здесь специально сгустили краски, чтобы показать: нельзя отдавать абсолютного предпочтения какой-то конкретной этической теории как методологической и мировоззренческой основе биоэтики. Наверное, нужно вспомнить, что основным отличием морали от других форм регулирования общественной жизни и человеческого поведения является свобода выбора. Поэтому каждый, кто занимается биоэтикой, свободен выбрать ту этическую концепцию, которую сам считает верной.

СООТНОШЕНИЕ МОРАЛИ И ДРУГИХ РЕГУЛЯТОРОВ ОБЩЕСТВЕННОЙ ЖИЗНИ

И здесь мы затронем вопрос, который нельзя оставить без внимания, говоря о морали и этике. Это вопрос о соотношении моральных регуляторов с другими существующими в обществе. Однозначность психической регуляции по сравнению со свободой выбора в регуляции моральной мы уже отмечали. А сейчас посмотрим, как соотносятся моральная норма и закон, как соотносятся этика и право, потому что это наиболее близкие, взаимодополняющие регуляторы и в жизни вообще, и в медицине в частности.

Если мораль — это «неписанные законы», то право — это как раз законы «писанные». Моральные нормы никто не изобретает, они формируются стихийно, юридические законы принимаются официально на государственном уровне. Моральную норму нарушить можно, юридический закон — нельзя. Если человек нарушил моральную норму, последуют неформальные санкции со стороны окружающих: ему наговорят обидных слов, с ним поссорятся, его не будут приглашать в компанию, с ним, наконец, разговаривать не станут. А если человек нарушит закон, его будут официально судить, могут оштрафовать, лишить свободы и каких-то гражданских прав. Казалось бы, тут разница между моралью и правом очевидна.

Но дело в том, что существует право естественное и право позитивное. Естественное право — в теории государства и права — совокупность принципов, правил, прав и ценностей, продиктованных природой человека и не зависящих от законодательного признания или непризнания их в конкретном государстве. Позитивное право — это

право, действующее в данный момент. Так вот, мораль является частью естественного права, а позитивное право происходит из моральных норм. Те из них, которые наиболее значимы для общества, закрепляются как юридические законы. Специфика биоэтики состоит в том, что она по жесткости регламентации представляет собой некое уникальное образование на границе естественного и позитивного права. Это уже не мораль, но еще не право, говоря обыденным языком.

Взаимоотношения биоэтики и права только на первый взгляд можно трактовать в рамках диалектики позитивного и естественного права. Для более глубокого понимания проблемы необходимо обнаружить многоуровневый характер указанного взаимодействия и определить векторы влияния в нем.

Часто употребляемый на обыденном уровне термин «медицинское право» стал обретать в наши дни категориальные признаки. Создана Ассоциация медицинского права, выпускается федеральный журнал, проводятся научные конференции и семинары. Сам факт говорит о том, что научный статус указанного понятия уже сформировался, хотя споры о содержании и объеме его не закончены. Как всякая научная дисциплина, медицинское право должно отвечать трем требованиям: иметь свой предмет, метод и язык. Очевидно, что предмет выделен интуитивно — никто не спорит, что им являются отношения в сфере медицинского обслуживания населения. То, что рамки этой сферы четко не определены, не вина правоведов. Что касается метода, то об этом следовало бы поговорить отдельно, поскольку высокая степень индивидуализации отношений в сфере медицинского обслуживания делает проблематичным однозначное решение вопроса. Категориальный аппарат медицинского права отличается рядом заимствований из языка медицины и этики, без которых нельзя было бы адекватно рассмотреть предмет данной дисциплины.

Определив свое отношение к медицинскому праву как к оформляющейся научной дисциплине и особой сфере юридической деятельности, отметим, что одновременно с процессом структуризации медицинского права в России начался непосредственно связанный с этим процесс становления и институциализации биоэтики — научной дисциплины и сферы практической деятельности по неформальной регуляции отношений в области медицинского обслуживания. Рассматривать эти процессы изолированно нельзя.

* * *

Можно сделать вывод, что мораль — это особая форма общественного сознания, вид социальных отношений и совокупность норм личного поведения. Она выполняет функцию регулирования отношений людей

в обществе на основе оценок и норм. Нормы складываются стихийно, оценки носят неформальный характер, что и отличает мораль от других регуляторов человеческого поведения.

Происхождение морали связано с потребностью общества в самосохранении. Мораль изменяется в соответствии с социально-историческими условиями. На этапе индустриального общества складывается наука о морали — этика. Существуют различия в морали различных социальных и профессиональных групп, примером таких различий может служить медицинская этика. Этика как наука включает в себя различные концепции морали. В то же время в ней основным является общечеловеческое содержание, выраженное в формулировке принципов и трактовке основных понятий — добра, зла и долга.

Мораль имеет определенную структуру: моральные действия, моральные отношения и моральное сознание.

Этика, как научная рефлексия морали, фиксирует основные нравственные проблемы на каждом этапе развития общества и в каждой его социальной группе. Одним из вариантов такой рефлексии является биоэтика.

Вопросы для самопроверки

1. Каково определение морали?
2. Как и когда возникла мораль?
3. Почему общество нуждается в моральной регуляции?
4. Что такое этика?
5. Какие этические концепции вы знаете?
6. Что входит в структуру морали?
7. Какие основные этапы в развитии медицинской этики можно выделить?
8. Как соотносятся моральная и психическая регуляция?
9. Как соотносятся мораль и право?
10. Из каких двух частей состоит этика и чем они отличаются друг от друга?

Задания для закрепления материала

1. Попробуйте дать отдельные определения морали и нравственности.
2. Придумайте самостоятельно примеры а) моральных действий; б) моральных отношений; в) проявлений морального сознания.
3. Запишите основные характеристики морали и права в табличной форме и сравните их.

ЛИТЕРАТУРА

Обязательная

1. Биомедицинская этика / под ред. В.И. Покровского, Ю.М. Лопухина. М. : Медицина» 1999. 248 с.
2. *Гусейнов А.А., Апресян Р.Г.* Этика. М. : Гардарики. 2005. 472 с.
3. *Седова Н.Н.* Биоэтика. Курс лекций для студентов и аспирантов медицинских вузов. Волгоград : Изд-во ВолгГМУ, 2014. 216 с.
4. *Силуянова И.В.* Руководство по этико-правовым основам медицинской деятельности. М. : МЕДпресс-информ, 2008. 224 с.
5. *Хрусталев Ю.М.* Биоэтика. Философия сохранения жизни и сбережения здоровья : учебник. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. 400 с.
6. *Яровинский М.Я.* Медицинская этика (Биоэтика) : учебное пособие. М. : Медицина, 2006. 448 с.

Документы

1. Конституция Российской Федерации.
2. Семейный кодекс Российской Федерации от 29.12.1995 № 223-ФЗ (ред. от 30.12.2015).
3. Федеральный закон от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (ред. от 23 июля 2013 г.).
4. Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (ред. от 29.12.2015; с изм. и доп., вступ. в силу с 01.01.2016).
5. Федеральный закон от 12 апреля 2010 г. № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств» (ред. от 2 июля 2013 г.).
6. Федеральный закон от 13 марта 2006 г. № 38-ФЗ «О рекламе» (ред. от 08.03.2015; с изм. и доп., вступ. в силу с 01.10.2015).
7. Федеральный закон от 17 сентября 1998 г. № 157-ФЗ «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней» (с дополнениями и изменениями).

8. Федеральный закон от 12 января 1996 г. № 8-ФЗ «О погребении и похоронном деле» (ред. от 28.11.2015; с изм. от 14.12.2015).
9. Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
10. Закон РФ от 22 декабря 1992 г. № 4180-I «О трансплантации органов и (или) тканей человека» (в ред. от 20.06.2000).
11. Конвенция о защите прав и достоинства человека в связи с применением достижений биологии и медицины: Конвенция о правах человека и биомедицине, Овьедо, 4 апреля 1997 г. URL: http://conventions.coe.int/treaty/rus/treaties/html/164.htm
12. Хельсинкская декларация Всемирной медицинской ассоциации. Этические принципы проведения медицинских исследований с участием человека в качестве субъекта. Принята на 18-й Генеральной Ассамблее ВМА, Хельсинки, Финляндия, июнь 1964 г. (изменения внесены: на 29-й Генеральной Ассамблее ВМА, Токио, Япония, октябрь 1975 г.; на 35-й Генеральной Ассамблее ВМА, Венеция, Италия, октябрь 1983 г.; на 41-й Генеральной Ассамблее ВМА, Гонконг, сентябрь 1989 г.; на 48-й Генеральной Ассамблее ВМА, Сомерсет Вест, ЮАР, октябрь 1996 г.; на 52-й Генеральной Ассамблее ВМА, Эдинбург, Шотландия, октябрь 2000 г.; на 53-й Генеральной Ассамблее ВМА, Вашингтон, США, октябрь 2002 г. (добавлено разъяснение); на 55-й Генеральной Ассамблее ВМА, Токио, Япония, октябрь 2004 г. (добавлено разъяснение); на 59-й Генеральной Ассамблее ВМА, Сеул, Республика Корея, октябрь 2008 г.; на 64-й Генеральной Ассамблее ВМА, Форталеза, Бразилия, октябрь 2013 г. URL : http://www.mniip.org/science/library/helsinki_declaration.php
13. Женевская декларация (международная клятва врачей). Принята 2-й Генеральной ассамблеей Всемирной медицинской ассоциации (Женева, Швейцария) в сентябре 1948 г., дополнена 22-й Всемирной медицинской ассамблеей (Сидней, Австралия) в августе 1968 г. и 35-й Всемирной медицинской ассамблеей (Венеция, Италия) в октябре 1983 г. URL : http://www.myriamm.ru/doc_315.htm

Интернет-ресурсы

1. www.bioethics.ru
2. www.unesco.org/new/ru/unesco/resources/publications/
3. http://journal-bioethics.ru/
4. http://dic.academic.ru/dic.nsf/enc_philosophy/8008/

Дополнительная

Глава 1
ЭТИКА КАК НАУКА О МОРАЛИ

1. *Аристотель*. Никомахова этика. Соч. Т. 4. М., 1983.
2. *Бачинин В.А.* Этика: энциклопедический словарь. М. : Изд-во В.А. Михайлова, 2005. 288 с.
3. *Блэкберн С.* Этика: Краткое введение / пер. с англ. Ю. Крижевской. М. : АСТ ; Астрель, 2007. 192 с.
4. *Бушля А.А., Бударин Г.Ю.* Этика Парацельса // Биоэтика. 2012. № 1. С. 47–52.
5. *Гусейнов А.А.* Античная этика. М. : Гардарики, 2003. 270 с.

Глава 2
БИОЭТИКА КАК СОЦИАЛЬНАЯ НЕОБХОДИМОСТЬ

1. *Барковская А.Ю., Бударин Г.Ю.* Биоэтика в философском пространстве России // Биоэтика. 2012. № 2. С. 6–10.
2. *Вавренчук А.С., Сунцова К.В.* Круглый стол по проблеме взаимоотношений врачей и представителей фармацевтических компаний // Биоэтика. 2011. № 1. С. 58–59.
3. *Машталка И.* Деятельность Совета Европы и Европейского Парламента в вопросах биоэтики // Биоэтика. 2012. № 1. С. 25–27.
4. *Рева И.Е., Карпович А.В.* Нравственная опасность медикализации // Биоэтика. 2010. № 2. С. 33–34.
5. *Седова Н.Н.* Перспективы изучения биоэтики в медицинских вузах России // Биоэтика. 2012. № 1. С. 4–7.

Глава 3
ПРЕДМЕТ, СТРУКТУРА И ПРОБЛЕМНОЕ ПОЛЕ БИОЭТИКИ

1. Первый Всероссийский конгресс по биоэтике. Итоговый документ по результатам конгресса «Биоэтика и права человека» // Биоэтика. 2008. № 2. С. 4–7.
2. *Реймер М.В.* Биоэтика в культурной парадигме постмодернизма // Биоэтика. 2013. № 1. С. 13–16.
3. *Седова Н.Н.* Биоэтика как прикладная философия // Биоэтика. 2010. № 1. С. 7–11.
4. *Стаценко М.Е.* Социальные риски новых биотехнологий // Биоэтика. 2013. № 1. С. 57–58.

Глава 4
ЖИЗНЬ И ЗДОРОВЬЕ – ГЛАВНЫЕ ЦЕННОСТИ БИОЭТИКИ

1. *Бударин Г.Ю.* Диалог о биоэтике // Биоэтика. 2014. № 1. С. 55–56.

2. *Мансур Ю.П., Мажаренко В.А.* Биоэтические аспекты качества жизни взрослых ортодонтических пациентов // Биоэтика. 2011. № 1. С. 54–55.
3. *Новик А.А., Ионова Т.И.* Руководство по исследованию качества жизни в медицине. / под ред. Ю.Л. Шевченко. 2-е изд. М. : ОЛМА Медиа Групп, 2007. 320 с.
4. *Петров В.И., Седова Н.Н.* Проблема качества жизни в биоэтике. Волгоград, 2001. 96 с.

Глава 5
ПРИНЦИПЫ БИОЭТИКИ

1. *Мирошникова О.В.* Методология толерантности в реализации принципа уважения автономии пациента // Биоэтика. 2010. № 1. С. 15–18.
2. *Михайлова Д.О., Бударин Г.Ю., Басов А.В.* Этика отношений врачей и медицинских представителей // Биоэтика. 2010. № 2. С. 20–22.
3. *Реймер М.В., Жура В.В., Сергеева Н.В.* Благо пациента как предназначение медицинской деятельности // Биоэтика. 2011. № 2. С. 18–21.
4. *Седова Н.Н.* Правовые основы биоэтики. М. : Триумф, 2004. 224 с.

Глава 6
ПРАВИЛО ИНФОРМИРОВАННОГО СОГЛАСИЯ

1. *Аббасова А.* Информированное согласие — защита пациента и врача // Биоэтика. 2012. № 2. С. 56–58.
2. *Каплунов К.О., Великанова В.А.* К вопросу об информированном добровольном согласии в условиях детского инфекционного стационара // Биоэтика. 2014. № 1. С. 38–42.
3. *Медведева Л.М., Вешнева С.А.* Информированное согласие как реализация прав пациента: ретроспектива проблемы // Биоэтика. 2012. № 1. С. 22–24; *Теунова Д.Н., Доника А.Д., Титовская В.А.* Информированное согласие в проблемном поле юриспруденции и биоэтики (случай из судебной практики) // Биоэтика. 2014. № 1. С. 41–43.

Глава 7
ПРАВИЛО КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТИ И ВРАЧЕБНАЯ ТАЙНА

1. *Нагоева З.С., Кожевников Л.Л.* Этический принцип конфиденциальности в обществе информационной культуры // Биоэтика. 2010. № 2. С. 38–40.
2. *Николаева Е.В., Смбатян С.М.* Врачебная тайна: медицинские и юридические аспекты, вопросы разглашения // Главврач. 2012. № 3. С. 24–27.
3. *Петров В.И., Седова Н.Н.* Практическая биоэтика. М.: Триумф, 2002. 192 с.

4. *Седова Н.Н.* Все законы когда-то были нормами морали, но не все моральные нормы становятся законами // Биоэтика. № 1. С. 7–11.

Глава 8
МОДЕЛИ ВРАЧЕВАНИЯ

1. *Гурова В.Н.* Модели взаимоотношений врача-дерматовенеролога и пациента // Биоэтика. 2010. № 2. С. 35–36.
2. *Медведева Л.М., Чеботарева О.А., Приз Е.Г.* Культурные детерминанты моделей взаимоотношений врача и пациента (на примере патернализма) // Биоэтика. 2010. № 2. С. 14–16.
3. *Саперов В.Н.* Модели врачевания и их связь с основными принципами и правилами медицинской этики // Биоэтика. 2013. № 1. С. 27–31.
4. *Скотенко О.Л., Гущин А.В.* Модели взаимоотношений врача и пациента в офтальмологии // Биоэтика. 2010. № 2. С. 17–19.

Глава 9
ЭТИКА КЛИНИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

1. *Альбертин С.В.* Этические аспекты физиологического эксперимента // Биоэтика. 2014. № 2. С. 21–26.
2. *Седова Н.Н.* Этические гарантии доказательности клинических испытаний // Биоэтика. 2008. № 1. С. 16–19.
3. *Эртель Л.А., Костенко О.В.* Особенности информированного согласия в биомедицинских исследованиях и клинической практике в педиатрии // Биоэтика. 2008. № 2. С. 47–49.
4. *Юдин Б.Г.* Антропологические основания биомедицинских исследований // Биоэтика. 2009. № 1. С. 4–7.

Глава 10
ЭТИЧЕСКИЕ КОМИТЕТЫ И ЭТИЧЕСКОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ

1. *Кубарь О.И.* 20 лет деятельности Международного комитета по биоэтике ЮНЕСКО в аспекте регионального становления и развития фундаментальных направлений биоэтики // Биоэтика. 2013. № 1. С. 14–18.
2. *Варагина С.А.* Модель комплементарности этических комитетов и этических консультантов // Биоэтика. 2010. № 1. С. 25–26.
3. *Седова Н.Н.* Зависимость независимых этических комитетов // Биоэтика. 2008. № 2. С. 16–22.
4. *Шамов И.А.* Зачем нужны этические комитеты в больницах? // Биоэтика. 2010. № 1. С. 19–23.

Глава 11
ПРОБЛЕМЫ БИОЭТИКИ XX ВЕКА

1. *Атагаджиева М.С., Карманова В.С.* Нарушение этических норм как причина клинических ошибок // Биоэтика. 2011. № 1. С. 64–66.
2. *Ведерникова В.Г., Серова И.Л., Ягодина А.Ю.* Биоэтика хосписа // Биоэтика. 2008. № 2. С. 35–39.
3. *Доника А.Д., Кожевников Л.Л., Рева И.Е.* Врачебная ошибка: дифференциация этического и правового поля (опыт США и российские реалии) // Биоэтика. 2011. № 1. С. 34–37.
4. *Лопастейский Д.С., Руденко А.Ю.* Является ли любой вред, нанесенный здоровью пациента, врачебной ошибкой? // Биоэтика. 2011. № 2. С. 38–40.
5. *Потапова О.Н.* Этическая оценка врачебных ошибок в перинатальной службе // Биоэтика. 2010. № 2. С. 22–24.
6. *Саперов В.Н.* Трансплантология: этические и правовые аспекты // Биоэтика. 2013. № 1. С. 23–27.

Глава 12
АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ БИОЭТИКИ – XXI ВЕК

1. *Аджиенко В.Л., Шкарин В.В.* Генетическая конфиденциальность и недискриминация в аспекте регионального законотворчества // Биоэтика. 2013. № 1. С. 10–13.
2. *Аксенов И.В., протоиерей.* Исламский взгляд на современные вспомогательные репродуктивные технологии // Биоэтика. 2013. № 1. С. 8–13.
3. *Кубарь О.И., Микиртичан Г.Л., Никитина А.Е.* Клеточные технологии: опасная коммерция в акушерстве // Биоэтика. 2011. № 1. С. 53–57.
4. *Кундакчян Г.Г., Гурылева М.Э.* Инновационная модель научно-образовательного комплекса «Регенеративная медицина» как пример этичной организации научных исследований // Биоэтика. 2013. № 1. С. 14–18.
5. Рабочие тетради по биоэтике. Вып. 16. Гуманитарная экспертиза: сб. науч. ст. / под ред. П.Д. Тищенко. М.: Изд-во Моск. гуманит. ун-та, 2013. 146 с.
6. *Ткаченко Л.В., Костенко О.В., Сунцова К.В.* Этические проблемы экстракорпорального оплодотворения // Биоэтика. 2010. № 1. С. 59–60.

Глава 2
БИОЭТИКА КАК СОЦИАЛЬНАЯ НЕОБХОДИМОСТЬ

Ключевые понятия темы: медицина, биоэтика, либерализация, медикализация.

Биоэтика регулирует отношения в разных областях человеческой жизни, но безусловным приоритетом для нее является сфера медицины. Собственно и родилась биоэтика из потребностей развития прежде всего медицины. Как и почему она стала необходимой?

МЕДИЦИНА КАК СОЦИОКУЛЬТУРНЫЙ КОМПЛЕКС

Медицина как социокультурный комплекс очень напоминает те самые живые организмы, с которыми имеет дело. Во-первых, достоверным является факт ее рождения, хотя никто точно не назовет дату. Наверное, это произошло тогда, когда люди перестали заниматься самолечением, наподобие животных, а стали обращаться за помощью к тем представителям рода или племени, у которых это получалось лучше, чем у других. Другими словами, медицина появилась тогда, когда появились врачеватели, целители, люди, профессионально занятые тем, чтобы помогать собратьям в случае недугов и травм. Впрочем, этот период обсуждается в истории медицины настолько полно, что можно на нем не останавливаться.

Впоследствии, когда накопилось достаточно знаний, чтобы как-то их систематизировать, эти знания стали передаваться от учителя ученику целенаправленно. У лекарей появились специальные места, где они стали принимать пациентов, они обзавелись оборудованием, стали изготавливать лекарства (впоследствии изготовление лекарств было отделено от медицинской профессии и стало фармацевтикой). Понемногу стали появляться узкие специалисты. Потом и медицинские письменные источники стали частью культуры. Другими словами, медицина превратилась из элемента культуры, которым было примитивное целительство,

в культурный комплекс, где есть все элементы, которые должны в культурном комплексе присутствовать: люди, знания, техника, правила, по которым все это взаимодействует. На последнее следует обратить особое внимание. Дело в том, что взаимодействие элементов культурного комплекса всегда осуществляется по каким-то правилам. Иначе он не будет представлять нечто цельное. Об этом достаточно информации в курсах философии и культурологии. Как и кому передавать знания, по каким критериям отбирать в профессию, как обмениваться деятельностью и как распределять средства между участниками взаимодействия, каковы функции профессионалов и потребителей их услуг — все это и многое другое регулируется социальными нормами. Эти нормы могут быть экономическими, политическими, юридическими, религиозными, эстетическими и т.д. Для медицины с самого начала ее существования главным культурообразующим феноменом были нормы морали. В предыдущей главе мы говорили о том, что такое мораль. Предполагается, что каждый человек знает, что есть мораль, нравственность, этика. Правда, эти слова воспринимаются в обыденном сознании как синонимы, но сейчас речь не об этом.

Основной вопрос морали прекрасно сформулирован строчкой из известного стихотворения Владимира Маяковского: «Что такое „хорошо" и что такое „плохо"?». Так вот, весь культурный комплекс медицины выстраивался вокруг одного утверждения: жизнь и здоровье — это хорошо, а болезнь и смерть — это плохо. И вся медицинская деятельность во все времена была направлена на одно — сохранение жизни и здоровья. Все, что противоречило или мешало, или просто не соответствовало этому, осуждалось вплоть до изгнания из профессии. Моральная оценка господствовала в медицине всегда. Даже когда врач применял неразрешенные, не одобренные медицинским сообществом приемы для излечения больного и больной выздоравливал, действия врача одобрялись. И наоборот. Если врач действовал строго по правилам, но терял больного, его действия становились предметом особого разбора и осуждения.

Естественно, что наряду с научными нормами, которые, кстати, сформировались в медицине довольно поздно, наряду с экономическими и юридическими нормами, вне которых никакие общественные институты и культурные комплексы не существуют, моральные нормы в медицине всегда были определяющими. Но поскольку медицина имеет ряд принципиальных отличий от других культурных комплексов за счет того, что она «работает» с живыми людьми, моральная регуляция в ней всегда осуществлялась строже, чем в других сферах жизни общества. Постепенно возник особый нормативный образ медицины, который был призван не только регулировать отношения внутри нее, но и отличать ее от других подсистем культуры. Возникла медицинская этика.

МЕДИЦИНСКАЯ ЭТИКА

Медицинская этика формировалась постепенно, причем существовавшие в ней нормы отражали и потребности в саморазвитии и самосохранении медицины, и ожидания общества, связанные с ней. Впервые о том, что в медицине существует собственная нормативная база, мы узнали из Ригведы. Это XI в. до н.э. Возможно, существовали и более ранние источники, но нам они неизвестны.

В Ригведе содержится несколько принципов, предписывающих определенные формы отношений врачей и пациентов. Например, там сказано, что врач не должен «оказывать помощь людям буйным, тем, кого не любит король и народ, и умирающим, ибо тогда он может потерять друзей и богатые доходы». С одной стороны, это говорит о том, что врачевание уже тогда было особой профессией. С другой стороны, это полностью противоречит нынешним представлениям о том, что врач должен оказывать помощь каждому в ней нуждающемуся. Ясно, что такая, по-нашему, негуманная норма существовала потому, что сама профессия была еще не устоявшейся, не сформированной до конца. И времена были жестокие, человечество еще не жило, а выживало. Это потом, в Античности уже можно было позволить себе быть гуманистом, которым и предстает перед нами Гиппократ, сформулировавший основные принципы медицинской этики, действующие и сейчас.

Но тот же Гиппократ пришел бы в ужас, если бы узнал, что основным принципом взаимоотношений врача и пациента в XX в. стал принцип уважения автономии последнего. Другими словами, врач не может предпринять ничего без согласия пациента, врач должен информировать его обо всех своих действиях и согласовывать ход лечения с пациентом. Для гиппократовской этики это было немыслимо! Согласно ее принципам, врач обладал уникальными знаниями, недоступными простым людям, и не имел права их разглашать, делиться знаниями можно было только с учениками, и то осторожно.

Если посмотреть на Клятву Гиппократа сквозь призму сегодняшней медицины, то мы увидим крайнюю заинтересованность в обособлении профессии. А гуманизм, провозглашаемый в Клятве и служащий главным отличительным признаком профессии, суть апология ее обособления. Поэтому хотя этика Гиппократа и была прогрессивна и гораздо более человечна, чем этика Ригведы, она есть просто корпоративная этика, если пользоваться современной терминологией. И ничего плохого в этом нет. Почти в каждой отрасли человеческой деятельности — своя этика, которую принято называть корпоративной. В медицине соответственно медицинская этика. О ее достоинствах и недостатках мы поговорим позд-

нее, а пока отметим, что медицинская этика призвана регулировать отношения в сообществе медицинских работников. И не более того. В ней есть принципы их поведения, но там мы не найдем никаких указаний на то, что у пациента тоже должны быть какие-то принципы взаимоотношений с медицинскими работниками. Эта этика не регламентирует и отношение общества к медицине. Она не охватывает своими нормами и диспозиции медицинской науки в ее связи с наукой в целом. Именно поэтому со временем этих норм стало очевидно не хватать для нормального функционирования медицины. Можно предположить, что снижение престижа врачебной профессии, которое остро ощущается в современную эпоху, связано именно с тем, что общество стало предъявлять к ней требования, которые в медицинской этике не прописаны. И не должны быть прописаны, потому что касаются не столько самих медицинских работников как отдельной группы, сколько их положения в мире и отношения со всеми другими социальными группами.

А что же произошло такого, что сделало очевидным нормативную недостаточность старой доброй медицинской этики и потребовало новых форм контроля, новых предписаний и оценок для медицины?

ИЗМЕНЕНИЯ В ОБЩЕСТВЕ XX В. — ПЕРВАЯ ПРИЧИНА ПОЯВЛЕНИЯ БИОЭТИКИ

Во-первых, изменилось общество. Это первая причина возникновения новой формы нормативной регуляции не просто медицины, а вообще всех отношений, связанных со здоровьем. Это первая причина появления биоэтики.

Мы уже отмечали, что даже корпоративные нормы морали не только отражают внутренние потребности медицины в саморегуляции, но и служат ответом на ожидания общества. А общество это, пережив войны и революции, в XX в. стало более либеральным, демократичным и интегрированным. Что это значит? Тоталитарные режимы и диктатуры понемногу стали вытесняться демократическими государствами, в которых права человека сначала были просто признаны, а потом и объявлены основной ценностью. Право на политический выбор, право голоса, свобода совести, свобода выбора профессии и получения образования, свобода веры и еще много прав и свобод оказалось имманентно присущи человеку и были объявлены главными ценностями либерального демократического общества. Но почему не свобода выбора врача? Почему не право на принятие решения по поводу своего здоровья? Конечно, с развитием демократии дело дошло и до признания этих прав

и свобод. И отношения медицины с обществом стали строиться на основе новых норм. Каких? Их еще предстояло определить. Можно сказать, что они до сих пор еще находятся в процессе становления.

Пример. Действительно, в старой доброй медицинской этике был принцип охраны пациента от ятрогений. Это означало, в частности, что не следует сообщать пациенту травмирующий его диагноз. Сообщение о болезни не должно быть хуже самой болезни. А теперь такая ситуация рассматривается как нарушение прав пациента на полную и достоверную информацию о его здоровье.

Если раньше врачебная тайна понималась как корпоративная, т.е. история болезни была тайной как для посторонних, так и для самого пациента, то сейчас он имеет право снять копию со своей медицинской карты и, лечась у одного врача, проконсультироваться у другого — правильно ли его лечат. Подобных примеров можно приводить много.

Важно другое. Путь к пониманию того, что человек в медицине имеет такие же права, как и во всех других сферах жизни, оказался долгим и мучительным. Он был связан с весьма неприятными открытиями. Так, после Второй мировой войны, на Нюрнбергском процессе стало очевидным, что врач, который, по общепринятому мнению, имеет только одно право (оно же — обязанность) — спасать людей, может их целенаправленно уничтожать. То, что врач может сознательно, а не по ошибке убить человека, как это делали врачи-фашисты, проводя эксперименты на людях в концлагерях, стало шоком для человечества, но мало чему его научило.

Интересно, что во время Нюрнбергского процесса обвинение врачей-фашистов, основанное на Клятве Гиппократа, не вошло в документальную базу, поскольку этот источник не считается юридическим документом. В 1948 году врачи мира собрались в Женеве и приняли так называемую Женевскую декларацию (международную клятву врачей), в которой брали на себя обязательство никогда не прибегать к пыткам, не экспериментировать на людях, причиняя им страдания. Это очень важный документ, который показывает, что отношения между медициной и обществом изменились, повысилась ответственность медицинских работников за все, что они делают, люди стали пристальнее относится к медицине и строже ее оценивать.

Однако Женевская декларация (международная клятва врачей) носит скорее характер манифеста, своеобразного «заявления о намерениях». В ней не содержится подробной регламентации, что можно, а чего нельзя в медицине. Указаны только границы допустимой деятельности. С течением времени стало очевидно, что нравственные предписания для отношений медицины и общества должны иметь более строгую форму. И в 1964 г. была принята Хельсинкская декларация, которая восполняла

этот пробел. Это уже была своеобразная программа биоэтического регулирования. Свою функцию Хельсинкская декларация выполняет и сейчас, поскольку она регулярно обновляется, расширяется (последнее изменение внесено в 2013 г.). Но для ее появления нужно было, чтобы сформировались две другие причины, породившие биоэтику.

Расширение прав и свобод личности в современном обществе предполагает такую нормативную регуляцию в медицине, при которой врач и пациент выступают равноправными партнерами, когда отношение медицины с другими социальными институтами, гарантирующими права человека, строятся по принципам, комплементарным (взаимодополняющим) друг друга.

ИЗМЕНЕНИЯ В НАУКЕ И ТЕХНИКЕ — ВТОРАЯ ПРИЧИНА ВОЗНИКНОВЕНИЯ БИОЭТИКИ

Вторая причина связана с развитием науки и, в частности, с появлением новых биотехнологий. Характеристику данной причины можно начать с изменений в лекарственной сфере. Новые технологии позволили перевести производство лекарств практически полностью на промышленную основу. С одной стороны, это серьезно расширило возможности медицины. Был завершен многовековой процесс разделения труда между собственно медициной и фармацией. Если на первых этапах развития медицины врач являлся одновременно изготовителем, а зачастую и автором лекарственных средств, то впоследствии появилась профессия провизора, который только изготавливал лекарства по прописям врача. Становление фармакологии как науки позволило окончательно структурировать фармацевтику в качестве самостоятельной отрасли медицины. А технологический прогресс позволил перевести процесс в производственное русло. Это в свою очередь способствовало отделению фармацевтики от медицины, присвоению ею торговых функций. И сейчас уже трудно сказать, является ли фармацевтика «дочкой» медицины или торговли. Но это отдельная тема. Важно здесь то, что возник этический и правовой вакуум, связанный с выделением данной отрасли как самостоятельной. Чтобы производить лекарственные средства в промышленном масштабе, нужно их придумать, испытать, найти рынки сбыта. Следовательно, необходимо регламентировать и научно-исследовательскую, и испытательную деятельность в этой сфере, соблюдая принципы медицинской этики, но учитывая и то, что фармацевтика — это бизнес.

Так подтвердилась потребность в нормативных актах в области клинических испытаний. Несмотря на появление целого ряда документов такого плана, проблема пока далека от окончательного решения. Слишком высокую цену приходится платить за научные ошибки, если дело касается здоровья и жизни человека. Казалось бы, глобальная компьютеризация позволяет вообще исключить человека из клинических испытаний, но практика доказала, что заменить испытуемого компьютерной моделью нельзя — очень низка достоверность результатов, а это провоцирует новые риски для здоровья.

Зато компьютеризация позволила создать принципиально новое медицинское оборудование — как диагностическое, так и лечебно-реабилитационное. Появился соблазн вообще разделить пациента и врача, поставив между ними компьютер. Но оказалось, что психоэмоциональный контакт между этими центральными фигурами медицинских манипуляций бывает гораздо важнее самих манипуляций. Развернулась дискуссия о применимости той или иной модели отношений врача и пациента, об их эффективности и «дозволенности». Если в гиппократовской и постгиппократовской медицине превалировала патерналистская модель, при которой врач всегда прав, то в период либерализации общества актуализировалась коллегиальная модель. С развитием разных форм собственности в сфере здравоохранения стала практиковаться контрактная модель. А с прогрессом техники — техницистская. Это вызвало новые этические проблемы, которые также до сих пор до конца не решены.

И наконец, развитие биотехнологий изменило лицо самой медицины. Расшифровка генома человека, успехи трансплантологии, манипуляции со стволовыми клетками, экстракорпоральное оплодотворение, клонирование, нанотехнологии... Как и насколько можно все это применять? Какие последствия ждут человечество? Будет ли клон человеком? Можно ли выращивать эмбриона в пробирке до 12 недель, чтобы потом использовать его «составные части» для лечения других людей, как это уже практикуется, например, в Великобритании? Кого считать матерью и отцом ребенка, если используется ЭКО и суррогатное материнство? Производить ли забор органов только с согласия донора или свободно — в случае его смерти? Что делать, если новые методы лечения позволяют сохранить жизнь пациенту в результате перенесенного инсульта, но не позволяют избавить его от страданий или вернуть ему сознание? Разрешить эвтаназию?

Произошел буквально обвал моральных проблем, нерешенность которых объективно тормозила внедрение в практику новых биотехнологий.

Превращение в XX в. медицины в биомедицину потребовало и новой этики, которая, соответственно, была бы биомедицинской.

РАСШИРЕНИЕ МЕДИКАЛИЗАЦИИ – ТРЕТЬЯ ПРИЧИНА ВОЗНИКНОВЕНИЯ БИОЭТИКИ

И наконец, третья причина появления биоэтики кроется в интенсификации процесса, который принято называть «расширение медикализации». Это самая веская причина, но именно о ней нам меньше всего известно, поэтому нужно остановиться на ней подробнее.

Болезнь — это не только физическое состояние человеческого организма, это и социальный феномен. Различные культурные традиции могут оценивать одно и то же состояние организма как болезненное или нормальное. Люди, воспитанные в рамках европейской культуры обычно определяют понятие физиологического здоровья как такое состояние организма, при котором они могут выполнять свои социальные обязанности и делать то, что пожелают, в свободное время. Болезнь трактуется как определенное состояние организма при котором нечто нарушает физиологическое равновесие, гармонию нашего тела. Однако когда мы определяем болезнь как некое препятствие для исполнения нашей социальной роли, мы не выходим за круг наших обычных представлений о неправильном функционировании организма. Ощущение, когда что-то не так, догадка о причине неправильного состояния всегда описываются в социальном контексте.

В каждом обществе симптомы, боли, слабость, описываемые как «болезни», включены в культурные и моральные ценности, воспринимаемые путем общения с представителями того или иного социального круга и посещений профессиональных врачей. Представления об этих ценностях формируются под влиянием определенных общественных верований в то, что есть здоровье и что есть болезнь. Результатом становится преобразование физиологических симптомов в болезни с определенными ярлыками (диагнозами) и людей — в пациентов. Это преобразование происходит под сильнейшим влиянием социального положения и моральных оценок. Не все пациенты равны. Пол, расовые и этнические категории, социальный класс, физические способности, сексуальная ориентация и вид болезни создают различия в социальной ценности. Также не все представители системы здравоохранения равны: их место в профессиональной иерархии определяет уровень их полномочий устанавливать приоритеты исследовательских проектов, выбирать средства лечения и т.п. Таким образом создается то, что известно как *легитимное медицинское знание*.

В Западных обществах культура и язык болезней и медицинского знания исходят из науки. «Медицинские науки» — это тот эталон, опираясь на который мы можем определить компетентность того или иного представителя системы здравоохранения.

Пример. До недавнего времени господствующей объяснительной конструкцией являлась биомедицинская модель болезни. Она предлагала схему, согласно которой болезнь — это девиация от нормального состояния здорового организма. Болезнь имеет специфические причины, которые можно найти в теле больного. Болезни имеют одни и те же симптомы и последствия в любой социальной среде. Медицина — это социально нейтральное применение научных исследований к индивидуальным случаям (Мишлер, 1981). Критики подобной модели показали, что понятие «норма» зависит от того, с кем сравнивается больной. Многие болезни имеют социальные и экологические причины. Количество заболеваний, их тяжесть варьируется в зависимости от географического расположения очага болезни. Ценности, определяющие направления медицинских исследований, практики, теорий и знаний, глубоко связаны с практической ситуацией и с социальными характеристиками доминирующей группы профессионалов медиков.

Хотя болезнь корениться в теле человека, в своем социальном проявлении она выходит далеко за рамки физиологии. Процесс, определяемый некоторыми исследователями как легитимная болезнь, имеет под собой иерархию власти и экономических ресурсов больного. Социологи используют термин *медикализация*, для того чтобы объяснить, как жизненные коллизии, включая все аспекты процесса взросления, и социальные проблемы, такие как алкоголизм и наркомания, получили свое научное описание в среде профессиональных медиков. Медикализация дает большой список физиологически различных «болезней», которые лечатся с помощью обследований и тестов, на основе которых больным выписывают рецепты, нередко на очень дорогие лекарства. Работник сферы здравоохранения всегда эксперт. То, что пациент знает о своем собственном теле и его недостатках, не является ни частью профилактики, поддержки стабильного состояния, ни тем более лечения.

Медикализация неотделима от финансовой структуры медицинского обслуживания. Выделение столь большого количества физических состояний болезней увеличивает прибыль капиталистов от медицины. В свою очередь подобная практика вступает в противоречие с системами национального здравоохранения, разработанными специально для понижения расходов пациентов. Комбинация медикализации и финансовой структуры общества формирует особый стиль поведения медицинского работника по отношению к пациенту. Если целью является выкачивание денег, то врачи предпримут всяческие усилия, чтобы объяснять пациенту каждый симптом как отдельную, поддающуюся лечению болезнь. Если же в обществе стоит установка на сокращение расходов, то врачи могут игнорировать редкие, требующие длительного исследования и проверки случаи или же комплексные медицинские проблемы. Во всех системах здравоохранения западного типа врачи используют биомедицинскую

информацию, добытую и проверенную в исследовательских институтах, приоритеты исследований которых находятся в прямой зависимости от источников финансирования. В их качестве могут выступать фармацевтические компании, правительственные учреждения или частные лица. Каждый из них имеет определенный план проведения исследований. Уже при разработке плана работ исследователи знают, в интересах какой социальной группы они будут проводить свою работу.

Пример. В 1985 году фармацевтическая компания Genentek запатентовала препарат для генной инженерии и массово выпустила форму гормона человеческого роста (HGH). Он является пептидным гормоном, стимулирует рост и размножение клеток в организме человека и других животных. Это 191-а аминокислота, одноцепочечный полипептид, гормон, который синтезируется, хранится и выделяется соматотрофными клетками внутри боковых крыльев передней доли гипофиза. До этого применялся спортсменами, но был запрещен МОК.

В то же время имеющиеся в распоряжении ученых данные показывают, что HGH мог увеличить конечный рост детей, чей гипофиз не продуцирует достаточно HGH естественным путем, но не может увеличить конечный рост детей с дефектами гипофиза. Более того, было известно, что HGH мог вызывать резкую потерю телесного жира и увеличения мышц с неизвестными последствиями для тел растущих детей. Тем не менее Genentek и впоследствии Eli Lily Pharmaceutical (который запатентовал отличный синтетический гормон) начали агрессивную рекламу и широкую продажу HGH. Вместе они гарантировали $^2/_3$ бюджета Фонда развития человека – некоммерческой группы адвокатов, которая работает над проблемами детей маленького роста. Фонд с помощью фармацевтических компаний начал распространять через радио информацию о HGH в национальном масштабе (на выставках, посвященных здравоохранению, в торговых точках и т.п.), фармацевтические компании также начали тратить миллионы доллларов ежегодно для поддержки медицинских исследований, рекламы таблеток HGH среди врачей и спонсоров программ обследования в школах, чтобы те выявляли детей среди самых низкорослых (3% населения) и информировали их родителей о том, что их дети имеют заболевание, требующее медикаментозного лечения. К 1999 году около 30 000 детей в США, 20% из которых не имели заболеваний, кроме низкого роста, были пролечены HGH со средней стоимостью в 25 тыс. дол. на ребенка в год и средним возрастом 10 лет. Согласно единственному долгосрочному исследованию (частично финансируемому Genentek) по эффективности таблеток на детях с нормальным гипофизом, ожидалось, что такие дети могли добавить 2 см к своему взрослому росту. Из-за ограниченной эффективности препарата и отсутствия долгосрочных исследований таких проблем со здоровьем, как опухоли и диабет, а также из-за определения низкорослых детей как больных, обреченных на многолетнее лечение, их положение может привести к социальному отчуждению и заниженной самооценке. Американская академия педиатрии выступила против применения HGH малорослыми, но в целом здоровыми детьми. Тем не менее и сегодня в Интернете легко можно найти рекламу данного препарата, правда, уже как биодобавки.

Таким образом, медикализация может сделать очень многое, чтобы превратить любой общий симптом в болезнь, излечимую с помощью таблеток или инъекций, и практически не в состоянии повлиять на распространение

болезней, вызванных загрязнением окружающей среды, производственными травмами, бедностью или систематическим домашним насилием.

Медицина, как правило, ассоциируется в массовом сознании с высшими общечеловеческими ценностями — гуманизмом, добротой, состраданием. Считается, что врач не может причинить сознательный вред больному. Это — один из признаков профессии (Т. Парсонс, 1951).

В то же время вред, который может нанести медицина, известен. Это:
1) участие врачей в пытках и издевательствах;
2) использование людей в клинических испытаниях, связанных с повышенным риском или против их воли;
3) применение непроверенных методов или средств лечения

Возможность такого вреда оговорена во всех международных этических медицинских кодексах и документах, а также классифицирована как преступное деяние во всех юридических кодексах. Существующие в международной здравоохранительной практике этические комитеты и третейские суды тщательно следят за выполнением врачами принципа «не навреди».

Социальная опасность как результат медицинской деятельности если и рассматривается, то лишь в контексте экстенсивного развития новых биотехнологий. В то же время существует реальная возможность того, что врачи будут контролировать социальное поведение людей, не прибегая к специальным методам. В принципе, они могут целиком подчинить себе управление социальными процессами, просто расширяя свои сугубо медицинские рекомендации и назначения. Такая опасность существует, она плохо изучена, поэтому общество пока не располагает средствами, которые можно ей противопоставить. Механизм распространения этой опасности и называется **медикализация**.

Процесс, в течение которого состояние или поведение начинает определяться как медицинская проблема, требующая медицинского разрешения, определен как медикализация Питером Конрадом и Жозефом Шнейдером в 1992 г.

Медикализация — это не простая случайность, скорее это конечная стадия в серии событий. Для того чтобы медикализация стала социальной реальностью, одна или более организованных социальных групп должны быть заинтересованы в таком результате и иметь достаточно ресурсов (сил), (включая мнение общественности, позицию страховых компаний и органов здравоохранения) для принятия новой ситуации (схема 6).

Врачи	В течение медикализации их влияние может увеличиваться, сфера их практик — расширяться, а доходы расти. Врачи играют главную роль в медикализации предменструального синдрома, вредных привычек беременных, импотенции и большого количества других состояний
[illegible]	Например, анонимные алкоголики, которым помогло медицинское вмешательство, склонны абсолютизировать силу медицины в борьбе с алкоголизмом. Другие группы ориентируются на медикализацию в надежде, что медицинский контроль будет более человечным, чем другие формы социального контроля (заключенные, акцентуированные личности, гомосексуалисты)
Фармацевтические компании	Они преследуют экономический интерес в медикализации, поскольку прием лекарств чаще всего и трактуется как лечение. Медикализация также часто интепретируется как прием лекарств

Схема 6. Агенты медикализации

Ни доктора, ни различные группы, ни фармацевтические компании отдельно не имеют достаточного влияния на распространение медикализации. Следовательно, успешная медикализация зависит от взаимных интересов в деятельности этих и некоторых других групп.

Пример. Опасность расширения медикализации уже стала осознаваться в обществе. Так, в Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее – Закон № 323-ФЗ) внесена ст. 74 «Ограничения, налагаемые на медицинских работников и фармацевтических работников при осуществлении ими профессиональной деятельности», которая фактически запрещает неофициальные контакты врачей и фармацевтического бизнеса. Достаточно строгими в плане регламентации рекламы и распространения лекарственных средств являются и положения Федерального закона от 12 апреля 2010 г. № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств».

Разумеется, при некоторых обстоятельствах медикализация может быть благом, так как показывает озабоченность проблемой и предлагает достаточно действенные (медицинские) средства ее разрешения. Люди с эпилепсией, например, ведут более счастливую и более продуктивную жизнь тогда, когда принимают регулярно соответствующие лекарственные препараты. То же можно сказать и о страдающих диабетом. Однако, как мы пытались показать ранее, такое восприятие медикализации может привести к ее неконтролируемому расширению, а оно в свою очередь — к негативным индивидуальным и социальным последствиям.

Во-первых, определение конкретной персональной социальной ситуации как болезни отнюдь не означает повышение социального статуса человека. Во-вторых, когда ситуация становится медикализованной, врачи становятся единственными экспертами, следовательно, их власть над другими группами увеличивается. В-третьих, когда медикализуются условия, медицинское лечение становится единственным логическим ответом на них, хотя чаще всего причины диспропорций сугубо социальные. Медикализация может оправдывать не только добровольное, но и принудительное лечение. Ведь лечение не всегда помогает, иногда оно может принести вред. В-четвертых. Как показывают приведенные примеры, медикализация значительно расширяет ранг жизненного опыта под медицинским контролем.

Однако основной проблемой остается проблема *манипулирования пациентами посредством медикализации*. Разумеется, медицинские работники не ставят своей целью такие манипуляции, но они тем не менее имеют место как результат медицинских вмешательств. Многие практикующие врачи проявляют искреннюю заботу о «ползущей медикализации» и всегда на передний план выдвигают «пропагандирование здорового образа жизни» и «предотвращения заболеваний». Но редко когда они задавали вопрос: а хочет ли больной идти на жертвы, отказываясь от своего привычного образа жизни, будет ли он счастлив, если будет здоров?

К этому можно добавить, что современная медицина, как показывают недавние эмпирические исследования «непрофессиональных знаний», рассматривается как «критическая возможность» лечения или переделывания, видоизменения или восстановления, замены или наполнения, предупреждения или симулирования болезни и здорового тела в равной степени. Доступ к здравоохранению в этом смысле выглядит как социально поощряемое и неотъемлемое право каждого человека. Любой контроль над таким доступом рассматривается как дискриминация.

Для пациентов симптомы их болезней проявляются в контексте их жизни. Эти симптомы становятся болезнями в ходе получения профессиональной медицинской помощи. Социальный опыт человека как пациента включает в себя отношения с родственниками, коллегами и друзьями. В итоге изменение состояния здоровья меняет положение человека в мире.

Пример. Перелом ноги может восприниматься как простая травма, но эта травма совершенно по-разному осознается профессиональным атлетом, для которого она становится точкой в его карьере спортсмена, и банковским клерком, для которого она не более чем досадное неудобство.

Две разные болезни могут подвергаться вполне успешному медикаментозному лечению, однако социальные последствия от заболевания пневмонией весьма

отличны от последствий гонореи. Если у вас была гонорея, то вполне вероятно, что вы будете скрывать этот факт личной истории во время собеседования при устройстве на работу. Если же вы перенесли воспаление легких, то этот факт может оказаться удачным предлогом, чтобы не ходить на работу в слишком холодную погоду.

Поскольку болезнь социально обусловлена, работники сферы здравоохранения и пациенты могут воспринимать совершенно одинаковый набор симптомов (или же их отсутствие) совершенно по-разному. Терапевты имеют тенденцию обращать внимание на видимые физические симптомы болезни или недвусмысленные результаты обследования организма. Для них идеальная болезнь — это состояние организма, проявляющееся в определенном наборе симптомов (или их отсутствии), по которым можно безошибочно поставить диагноз. Затем на его основании проводить лечение таким образом, чтобы устранить отмеченные ранее симптомы и возвратить пациенту способность к нормальному образу жизни. Для пациентов возвращенная способность жить обычной жизнью, хотя и с хроническими заболеваниями, совершенно отлична от состояния полного излечения. Это естественно, поскольку излечение возвращает вас к прежнему нормальному состоянию, в то время как хроническое заболевание вынуждает вас внести определенные изменения в ваш образ жизни и поведение. Подобным образом некоторые явления, сопутствующие лечению, которые воспринимаются врачом как неизбежные последствия лечения, пациент переживает как внезапное усиление боли или дискомфорта, стрессовое состояние и пр., за которое была уплачена определенная сумма. Больные, уверенные в том, что лечащие врачи игнорируют признаки ухудшения их состояния или же прописывают неоправданное хирургическое вмешательство, могут обратиться с жалобой в комитет по этике. Если комитет определяет, что пациент был лишен необходимого лечения, то он может потребовать возмещения своих расходов на лечение.

Изменение содержания и форм этической регуляции необходимо для того, чтобы человечество в результате расширения медикализации не разделилось на две неравные группы: врачи и те, кто их боится. Биомедицинская этика препятствует превращению медицины в форму социального контроля.

Все эти причины очень тесно взаимосвязаны, данная взаимосвязь и привела к тому, что в 1970 г. У. Поттер впервые произнес, вернее написал, слово БИОЭТИКА[2].

---

2 Есть данные, что термин впервые появился в 30-х гг. прошлого столетия, но научного смысла не приобрел, поэтому родоначальником биоэтики признан У. Поттер.

Вопросы для самопроверки

1. Какой исторический период принято считать временем появления биоэтики?
2. Какие изменения в обществе привели к появлению биоэтики?
3. Какие новые биотехнологии или медицинские методы потребовали биоэтической регуляции?
4. Почему медицинская этика не в состоянии полностью регулировать отношения в современной медицине?
5. Что такое медикализация?
6. В чем заключаются положительные и отрицательные черты медикализации?
7. Кто является агентами медикализации и почему?
8. Почему медицину называют культурным комплексом?
9. Что такое болезнь?
10. Какие этические риски содержит страховая модель здравоохранения?

Задание для закрепления материала

1. Попробуйте нарисовать схему, на которой были бы видны связи между причинами возникновения биоэтики.
2. Приведите примеры расширения медикализации, с которым сталкивались вы или ваши друзья, родственники.
3. Рассмотрите следующий пример.

   Если пропаганда здорового образа жизни – один из примеров сложных перекрестных вопросов, то дебаты о Виагре – это совсем другое. С одной стороны, это довод в пользу теории медикализации. Так, с середины мая 1998 г. продажи этого препарата в США колебались около 278 тыс. упаковок в неделю. К 2012 году доходы от продаж составили уже более 1 млрд. дол. ежегодно. «Забудьте о препаратах, стимулирующих мышление, сейчас в моде препараты, стимулирующие эрекцию. Теперь мы научились ею управлять», – говорит специалист центра «жизненной медицины». В США даже прошла программа по продвижению данного препарата не только в лечебных, но и в «развлекательных» целях, что делает возможным его применение не только больными импотенцией, но и здоровыми людьми для максимального увеличения сексуального удовлетворения. С другой стороны, вызывает опасение растущий список побочных эффектов, связанный с составными частями препарата, что рождает конфликт между медиками, «расширяющими рынок сбыта препарата», работая тесно с фирмой Pfizer, и теми, кто добивается «ремедикализации» данного препарата и требует ограниченного применения препарата в клинике.

Как вы считаете, причиной популярности Виагры является а) эффективность данного препарата; б) удачная маркетинговая политика с целью получения максимальной прибыли; в) и то и другое. Есть ли этические нарушения в процессе продвижения Виагры на рынок?

Глава 3

ПРЕДМЕТ, СТРУКТУРА И ПРОБЛЕМНОЕ ПОЛЕ БИОЭТИКИ

Ключевые понятия темы: теоретическая биоэтика, практическая биоэтика, прикладная биоэтика, биоэтическая регуляция в медицине.

Во все времена и у всех народов приоритетным правом на человека как предмет исследования и деятельности обладала медицина. Именно в недрах медицины зародились первые нравственные принципы отношения к жизни, здоровью, смерти. Однако переход к постиндустриальному социуму резко расширил наши представления о живом и, что самое главное, увеличил возможности манипуляций с ним. Человечество почувствовало реальную угрозу от собственного могущества и стало разрабатывать механизмы защиты жизни от нерегулируемой экспансии интеллекта. На основе старой доброй медицинской этики стала создаваться новая наука — биоэтика.

ПРЕДМЕТ БИОЭТИКИ

Предмет биоэтики — нравственное отношение ко всему живому. Очевидно, что для человека, чье отношение собственно и имеется в виду, среди всего живого самым ценным является он сам. Следовательно, отношение к человеку как живому существу является приоритетной ценностью биоэтики.

Это собственно и объясняет причины ее возникновения как науки именно в последней трети XX в. В это время уже четко ощущаются изменения, которые происходят с человеком как животным видом. Ему досаждают проблемы с экологией, появляются новые болезни, а давно известные начинают протекать атипично, меняется характер пищи, а новые средства информации, связи, передвижения требуют от человека качеств, которые не были развиты в нем предыдущей эволюцией. Поневоле возникает ощущение угрозы, нависшей над жизнью. Попытки определить характер этой

угрозы первыми предприняли экологи. В конце XX в. алармистские настроения возникли по поводу новейших биотехнологий. Было высказано мнение, что человечество переживает антропологический кризис.

Вообще, если занять позицию разумного пессимизма, каждое новое достижение человечества можно рассматривать как угрозу его существованию. Если же исходить из оптимистических стандартов, то наоборот, каждый новый этап развития должен приносить благо. Коррелировать эти крайности и найти «золотую середину» и призвана биоэтика.

Предлагая шкалу оценок «добро — зло» в современной модификации и соотнося ее с более популярной сейчас шкалой «польза — вред», биоэтика стремится регулировать отношение к жизни и определить его место в системе всех других человеческих отношений — экономических, политических, производственных, интеллектуальных и т.п. Поэтому применение ее принципов к конкретной области деятельности не только регламентирует саму эту деятельность, но и позволяет представить ее последствия для других областей человеческого бытия. В первую очередь это касается медицины.

Дело в том, что в рамках привычной медицинской этики уже нельзя описать нормы деятельности в новых научных и социальных ситуациях. Это происходит не только в результате неравномерного развития самой медицины, когда теоретические ее достижения опережают развитие своего морального оправдания. Скорее причина кроется в тенденции глобализации, которая предполагает интеграцию научного знания,— в вопросах экологии, питания, компьютеризации, терроризма, рыночных отношений, этнических проблем и т.д. необходимо присутствует медицинская компонента, но ее уже нельзя выделить «в чистом виде», не потревожив всю систему социальных институтов.

Биоэтика — это нравственная парадигма глобального общества, хотя в разных его структурах она имеет разное значение.

ОБЛАСТЬ БИОЭТИЧЕСКОЙ РЕГУЛЯЦИИ В МЕДИЦИНЕ

Что касается медицины, то полем биоэтической регламентации здесь выступают:

- взаимоотношения врача и пациента;
- взаимоотношения внутри профессиональной группы медицинских работников (по вертикали: администрация, врачи, средний медперсонал, младший медперсонал);

- взаимоотношения между подгруппами медицинских специалистов (по горизонтали: хирурги, терапевты, онкологи, гинекологи, стоматологи, педиатры, фармацевты и провизоры, работники страховых компаний и т.д.);
- отношения собственности и прибыли в медицинской практике;
- отношения к новым научным достижениям и критерии их использования в медицинской практике;
- отношения на рынке лекарств;
- эстетические нормы медицинской помощи;
- отношение медицинских работников к социальным и природным факторам, влияющим на состояние здоровья их пациентов;
- принципы обособления данной профессиональной группы в обществе;
- отношение к власти и законам, действующим в данном обществе;
- моральный статус пациента в отношении своего здоровья и рекомендаций врача.

Как видим, область биоэтической регуляции значительно шире, чем у медицинской этики. Высокая степень интегрированности биосоциального пространства человека в эпоху постиндустриального общества предполагает именно такую регуляцию, однако медицинское сообщество еще не осознало до конца ее необходимость. Именно поэтому надо попытаться обобщить опыт, накопленный биоэтикой, и посмотреть, насколько адекватно применение ее принципов в медицине и практическом здравоохранении. Мы полагаем, что сейчас уже можно применять к биоэтике стандарты сформированной науки, поэтому целесообразно выделять в ней качественные блоки, устанавливая причинно-следственную или хронотипическую зависимость между ними.

СООТНОШЕНИЕ ГНОСЕОЛОГИЧЕСКИХ И АКСИОЛОГИЧЕСКИХ КОМПОНЕНТОВ БИОЭТИКИ

Биоэтика — уникальное явление. С одной стороны, она базируется на достоверном объективном знании (науки о живом), а с другой стороны —является нормативным регулятором, т.е. практической установкой, во многом субъективизирующей это самое достоверное знание.

Пример. Естественнонаучная составляющая биоэтических представлений о генной инженерии включает новое знание, полученное в результате расшифровки

геномa человека. Но это знание может быть использовано как во благо, так и во зло. Следовательно, прогностическая модель применения данного знания, представленная в биоэтике, должна охватывать все возможные последствия. Затем начинается собственно нормативная стадия развития этих представлений — что нужно сделать, чтобы не причинить вред человеку при помощи этих новых знаний. Современный ответ биоэтики — запретить опыты по клонированию человека.

Здесь очевидно противоречие между теоретической и практической составляющими конкретной биоэтической модели. Развитие знания запретить нельзя. Это закон. Теоретическое знание не может развиваться без эмпирического подтверждения/опровержения своих выводов. Это тоже закон. Следовательно, нормативная часть, которая, собственно, и служит основанием для юридических, политических и всяких прочих социальных вариантов использования данного знания, на практике соблюдаться не будет.

Биоэтику можно трактовать как дискурс, в результате которого вырабатываются установки на определенное поведение в отношении живого вообще и живых объектов в частности, отклоняющееся как от научной истины, так и от нравственной нормы, если истина и норма находятся в противоречии. Схематично это можно выразить, основываясь на модели соотношения знаний и оценок, известной из курса философии, следующим образом.

Знания	Нормы	Поведение	Примеры, интерпретации
И	П	Последовательное добро	Проведение клинических испытаний нового препарата с соблюдением всех правил GCP, с разрешения этического комитета
И	Н	Непоследовательное зло	Проведение терапевтических испытаний нового метода лечения без информированного согласия пациента
Л	П	Непоследовательное добро	Оказание первой помощи пострадавшему некомпетентным лицом (не медиком)
Л	Н	Последовательное зло	Отказ представителей некомпетентного пациента от его лечения по религиозным мотивам

Условные обозначения: И — истина, Л — ложь, П — правильные, Н — неправильные.

СТРУКТУРНЫЕ УРОВНИ БИОЭТИКИ

Можно выделить три уровня в том интегративном единстве знаний и норм/оценок, которое называют биоэтикой. Первый уровень — **теоретический**. Он связан с фактами и истинами. При их осмыслении часто прибегают к методам философской рефлексии, поскольку междисциплинарный характер биоэтики требует присутствия не просто истинных знаний, но целостного образа науки. На теоретическом уровне осуществляется анализ новейших научных достижений и возможных рисков, решаются принципиальные вопросы соотношения истин и ценностей, свободы и ответственности, добра и зла. Субъект теоретизирования в данном случае не определен — это могут быть как индивиды, так и научные сообщества, как специалисты-медики, так и представители других наук, прежде всего философии, социологии, психологии, юриспруденции и этики.

Второй уровень — **практический** — связан с установлением определенных норм и правил поведения, с контролем над их выполнением и оценкой результатов выполнения/невыполнения норм. Соответственно на этом уровне субъект оценки и контроля должен иметь институализированный статус, поскольку речь идет непосредственно о социальных последствиях принимаемых решений. Таким специально организованным субъектом практической биоэтики выступают, по нашему мнению, этические комитеты.

Третий уровень — **прикладной** — связан с индивидуальным поведением, сформированным на основе соответствующих знаний (или их отсутствия, как это видно из приведенной таблицы) и норм, регулирующих их применение. Здесь, как мы видели, возможны как типовые модификации (указанные четыре варианта), так и варьирующие их индивидуальные поступки. Этот уровень мы называем прикладным, поскольку любая попытка его описания будет выглядеть как интерпретация конкретного случая. Кстати, этот метод широко применяется в современных западных пособиях по биоэтике — законы и принципы не формулируются, приводятся конкретные случаи, и дается комментарий к ним.

Можно дать определение каждого из уровней биоэтики (схема 7).

Поскольку большинство подходов связывают биоэтику преимущественно с медициной, все три уровня биоэтики наиболее ярко представлены именно в медицине. Причем здесь предмет теоретической биоэтики дефрагментирован и представлен более отчетливо, чем в общем определении. Предметом теоретической биомедицинской этики являются *жизнь*, *смерть* и *здоровье*.

Теоретическая биоэтика — совокупность знаний об отношении человека к живому, представленная в виде аксиологического дискурса	• Предмет теоретической биоэтики — отношение к живому • Метод — открытое рациональное обсуждение • Язык — этические категории и понятия • Субъект четко не определен
[illegible]	• Предписания оформляются в виде кодексов, клятв, хартий, деклараций и других подобных документов, не являющихся юридическими • Субъекты практической биоэтики — этические комитеты, комиссии, консультанты • Способ оценки — соотнесение поступков и намерений с указанными предписаниями • Санкции — неформальные
Прикладная биоэтика — описание конкретных ситуаций поведения человека по отношению к живому	• Индивидуализированная оценка • Частные рекомендации • Апеллирует к моральному сознанию конкретной личности

Схема 7. Структурные уровни биоэтики

Из курса философии известно, что существуют различные подходы к определению ценности жизни. Соответственно существуют и моральные требования, отражающие различное отношение к ней. Так, христианская биоэтика достаточно сильно отличается от сциентистской концепции. Многие теории, выступавшие раньше как самостоятельные, стали включаться целиком и частично в биоэтику, не теряя своей самостоятельности. К ним относится прежде всего медицинская этика. Это не удивительно, поскольку последняя имеет историю с догиппократовских времен, а первая, как ответ на антропологический кризис, родилась вместе с ним. Мы полагаем, что медицинская этика является такой же составной частью биоэтики, как, например, этика экологическая. Но в отличие от экологической этики медицинская отличается жесткой деонтологической составляющей.

На наш взгляд, вопреки мнению биоцентристов смешение понятий «биоэтика» и «медицинская этика» легко преодолевается путем категориального анализа. Центральная ценность первой — *жизнь вообще* (с признанием ее абсолютной ценности), а центральное понятие второй — *индивидуальная жизнь*. Более того, в медицинской этике есть еще одна *ценность, соразмерная с жизнью, это здоровье*. Вопрос о том, нравственно

ли сохранять жизнь, не сохраняя здоровья, является для биоэтики частным, а для медицинской — одним из главных. Субъект нравственности в медицине — *медицинский работник*, субъект нравственности в биоэтике — *каждый человек*.

В связи с этим в медицинской этике обсуждается вопрос об ответственности врача за здоровье пациента, а в биоэтике — вопрос об ответственности каждого человека за свое здоровье и здоровье других людей. В медицинской этике по сути дела отсутствуют нормы, касающиеся взаимоотношений человека и окружающей среды (экологическая мораль), хотя от них зависит наше здоровье в большей степени, чем от наследственности. А биоэтика включает экологические нормативы как обязательные. Таким образом, можно сказать, что медицинская этика является составной частью биоэтики, конкретизируя ее принципы. С другой стороны, в контексте биоэтики медицинская мораль обогащается новыми подходами, более глубоким пониманием острых проблем.

Отличия медицинской этики и биоэтики представлены в табл. 2.

Таблица 2

Соотношение медицинской этики и биоэтики

Медицинская этика	Биоэтика
Центральное понятие медицинской этики — *индивидуальная жизнь*.	Центральная ценность — *жизнь вообще* (с признанием ее абсолютной ценности).
Вопрос о том, нравственно ли сохранять жизнь, не сохраняя здоровье, — *один из главных*.	Вопрос о том, нравственно ли сохранять жизнь, не сохраняя здоровья, является частным.
Субъект нравственности в медицинской этике — *медицинский работник*.	Субъект нравственности в биоэтике — *каждый человек*.
В медицинской этике обсуждается вопрос об ответственности медработника за здоровье пациента.	В биоэтике обсуждается вопрос об ответственности каждого человека за свое здоровье и здоровье других людей.
В медицинской этике отсутствуют нормы, касающиеся взаимоотношений человека и окружающей среды.	Биоэтика включает экологические нормативы как обязательные.
Медицинская этика является составной частью биоэтики, конкретизируя ее принципы	В контексте биоэтики медицинская мораль обогащается новыми подходами, более глубоким пониманием острых проблем

Однако понять сущность современной биоэтики легче всего именно в контексте медицины, поскольку здесь и жизнь, и смерть, и здоровье

приобретают вполне конкретные формы, и следовательно, теоретические позиции могут получать непосредственное эмпирическое подтверждение или опровержение. Да и сами центральные вопросы биоэтики непосредственно относятся к жизни и здоровью прежде всего отдельного человеческого индивида.

ОСНОВНЫЕ ВОПРОСЫ, КОТОРЫЕ РЕШАЕТ БИОЭТИКА

Первый вопрос формулируется в биоэтике примерно одинаково всеми ее представителями, независимо от того, биоцентристской или антропоцентристской позиции придерживается исследователь. Это вопрос о том, кто несет нравственную ответственность за жизнь и здоровье человека. Ответ на него зависит от того, в какой системе ценностей рассматривается жизнь, вернее, на каком уровне ценностной иерархии.

В системе *«человек — общество»* нравственную ответственность за жизнь и здоровье человека, очевидно, несет государство. Оно *должно* обеспечить возможность выживания каждого человека и условия сохранения его здоровья. В какой-то степени эти функции выполняют все социальные институты: и производство, и правоохранительные органы, и экономические структуры. Но специально созданный *только* с этой целью социальный институт в государстве один — система здравоохранения.

В системе *«человек — социальная группа»* ответственность за здоровье и жизнь человека, очевидно, лежит на членах группы (в большей степени — на лидере). Показательна в этом смысле такая группа, как семья. Менее очевидна эта ответственность в тех группах, которые именуются трудовыми коллективами. Стрессы на работе — вещь настолько обычная, что может вызвать только удивление, если мы вдруг начнем предъявлять моральные претензии к коллегам и начальству пострадавшего.

В системе *«человек — человек»*, уникальной в плане нашего рассмотрения, существует феномен взаимной ответственности каждого за каждого. Но если в обычных межличностных отношениях этот факт остается неосознанным до тех пор, пока что-то не случается, то совсем другая картина, если один из вступающих во взаимодействие людей — врач. Его чисто человеческая ответственность за жизнь и здоровье партнера усиливается профессиональным долгом, обязанностями, возложенными на него обществом. Поэтому-то и создается впечатление, что единственные люди, которые несут нравственную ответственность за жизнь и здоровье других, — это медицинские работ-

ники. В этом контексте вполне понятна попытка свести всю биоэтику исключительно к медицинской этике[3].

Другой вопрос, кто несет ответственность за жизнь и здоровье человека, кроме тех, с кем он вступает во взаимодействие? Ответ прост: сам человек. Но эта простота оказывается недоступной для морального сознания многих. Забота о собственном здоровье и инстинкт самосохранения — это одно, а ответственность перед другими за свою жизнь и здоровье — это другое. Это та норма морали, которая до сих пор не приобрела императивного характера. Иждивенческая позиция в вопросе о собственном здоровье приводит фактически к новым болезням. И в этом смысле проблема ответственности каждого человека за свою жизнь и здоровье является одной из центральных в биоэтике.

ОСНОВНЫЕ МОРАЛЬНЫЕ ТРЕБОВАНИЯ К ЛИЧНОСТИ В БИОЭТИКЕ

Для медицинских работников позиция пациента в отношении его здоровья не является безразличной, более того, она принципиально важна для всего хода лечения. Поэтому сами принципы медицинской этики даже при строгом соблюдении еще не дают гарантию того, что нравственность будет способствовать успеху лечения. Поскольку все люди в той или иной степени могут рассматриваться как потребители медицинских услуг, интересно посмотреть, каковы же ***моральные требования к позиции пациента*** с точки зрения биоэтики?

Требование 1. Ответственность перед прошлым (сохранение генофонда, переданного родителями).

Требование 2. Ответственность перед будущим (обеспечение здорового потомства — передача генофонда детям).

Требование 3. Ответственность перед настоящим (обеспечение сохранности биофункций для участия в создании культуры).

Требование 4. Право на достойную жизнь.

Требование 5. Право на охрану здоровья.

---

[3] Сразу отметим, что врач несет *профессиональную* ответственность только за жизнь и здоровье того, с кем он вступает во взаимодействие. Другими словами, врач не несет нравственной ответственности за жизнь и здоровье тех людей, которые являются его потенциальными пациентами.

Требование 6. Право на естественную смерть. (Это моральное право чрезвычайно сложно с точки зрения реализации и вызывает много споров, вряд ли здесь есть общезначимые решения.)

Каждое из приведенных моральных требований может быть конкретизировано в соответствии с конкретными ситуациями. Например, ответственность за свое здоровье — это одновременно выполнение нравственного долга перед родителями и всеми предыдущими поколениями предков, которые сохранили и передали генетическую информацию. Таким образом, ответственность человека за свое личное здоровье приобретает смысл ответственности Homo sapience за сохранение вида.

Второе моральное требование совершенно ясно, поскольку сохранить вид — это не просто беречь те жизненные силы, которые достались тебе, но и передать уникальную генетическую информацию дальше. К сожалению, у нас не предусмотрена юридическая ответственность родителей, давших неполноценное потомство, но их нравственная вина очевидна в тех случаях, когда они, не заботясь о собственном здоровье, подвергали опасности здоровье будущих детей.

Третье требование связано с тем, что культура есть способ сохранения биологической природы человека. И если безответственное отношение к своему здоровью не позволяет человеку выполнять свои функции по созданию культуры, это объективно сказывается на благополучии других людей. Следовательно, налицо нарушение нравственных взаимоотношений между людьми.

С другой стороны, согласно принципу обмена деятельностью Хоманса, человек, выполняя свои обязательства перед окружающими, вправе требовать от них того же. Право на достойную жизнь реализуется по-разному в разных обществах и временах, главное здесь — уважение к *личности*. Право на охрану здоровья можно понимать по-разному в условиях государственной и страховой медицины и т.д. Следует отметить, что данные принципы распространяются и на медицинских работников как пациентов.

Все сказанное свидетельствует о том, что данные принципы распространяются на каждого человека, и совсем не обязательно называть его врачом или пациентом. Он просто человек и, согласно биоэтике, должен выполнять требования нравственного отношения к своей и чужой жизни. Медицина, безусловно, сыграла решающую роль в их формулировке, но ограничивать далее их применение только этой сферой просто невозможно.

СООТНОШЕНИЕ ПРИНЦИПОВ МЕДИЦИНСКОЙ ЭТИКИ И БИОЭТИКИ

Что же касается нравственной позиции врача, то она в целом до сих пор исчерпывалась принципами медицинской морали. Это основные принципы, которые конкретизируются и дополняются в зависимости от ситуаций, типичных в тех или иных условиях. Однако сейчас уже ощущается недостаточность регулятивной функции данных принципов, поэтому, на наш взгляд, целесообразно руководствоваться общими принципами биоэтики (табл. 3).

Таблица 3

Сравнение принципов медицинской этики и принципов биоэтики

Принципы медицинской этики	Принципы биоэтики*
• не вреди • принцип сберегательного лечения (сравнить — принцип наименьшего зла); • принцип бережного отношения к больному; • принцип сохранения врачебной тайны; • принцип дифференцированного подхода к сообщению диагноза (сравнить с принципом информированного согласия); • принцип исключения ятрогений	• принцип «не навреди»; • принцип «делай добро»; • принцип уважения автономии пациента; • принцип справедливости

* Эти принципы сформулированы в главе 2 книги «Введение в биоэтику» (учеб. пособие / А.Я. Иванюшкин, В.Н. Игнатьев, Р.В. Коротких и др. М.: Прогресс-Традиция, 1998. 381 с.). Некоторые авторы предлагают включать в систему принципов биоэтики и такие, как «принцип честности (правдивости)», «принцип предосторожности» и др., но все их можно свести к указанным четырем.

Абстрактная формулировка этих принципов практически не может помочь в организации медицинской практики, тем более что все они в конкретной деятельности приобретают ярко выраженную персонифицированную окраску. Следует также четко различать, в каких случаях несоблюдение этих принципов влечет за собой юридическую, а в каких — этическую ответственность.

КОГДА И ПОЧЕМУ НЕОБХОДИМО ОБРАЩЕНИЕ К ПРИНЦИПАМ БИОЭТИКИ

Само появление понятия «биоэтика» свидетельствует об углублении наших знаний о человеке, усложнении его отношений с миром. Это в полной мере касается и медицины. Необходимость обращения к принципам биоэтики становится очевидной для медиков тогда, когда внутри самой медицины отсутствуют объяснительные процедуры для решения возникающих проблем. Весь комплекс таких проблем условно можно разделить на три группы.

Первая группа — проблемы, имеющие общечеловеческое значение. Прежде всего, это вопрос ценности жизни и соотношения ее с другими ценностями (здоровье, благополучие, любовь и т.п.). Этот вопрос относится к категории вечных, в каждой новой системе морали он приобретает новые оттенки и вновь активно обсуждается. В биомедицинской этике чаще всего проблема стоит так: жизнь или здоровье? Особенно это касается проблемы эвтаназии.

Здесь речь может идти также о качестве жизни. Этот термин часто используется, но остается спорным. Некоторые авторы полагают, что если жизнь — высшая ценность, к ней не применимы качественно-количественные характеристики. А если они применяются, ценность жизни снижается. Но по этим же соображениям термин «качество жизни» может стать принципиально важным для более строго регламентированных дисциплин, чем биоэтика. Об этом мы скажем далее. Кстати, вопрос о том, как человек умирает, едва ли не важнее того, как он живет.

Вторая группа — проблемы, связанные с применением новых медицинских знаний и технологий. Так, с появлением техники трансплантации органов и тканей возник целый ряд ситуаций, выхода из которых медицина не знала, врачи вынуждены были обратиться к существующим нравственным критериям для определения своих прав и обязанностей. Аналогичные события происходят в современной неонатологии, реанимации, геронтологии. Несколько обособленно здесь стоят проблемы психиатрии и фармакотерапии (например, модификация поведения, изменения личности под действием новых фармакологических средств, да и просто побочные эффекты от применения этих средств). По мере компьютеризации медицины возникают новые проблемы *«человек — машина»*. Особенно остро встают аналогичные вопросы сейчас, когда решена проблема расшифровки генома человека.

Новые технологи позволяют сегодня вторгаться в подсознание и управлять поведением личности без ее ведома. Строго говоря, этот

вопрос к медицине отношения не имеет, все манипуляции с человеческим поведением производятся в рамках биологической и психической нормы. Но механизм вторжения в личность разработан на базе медицинских данных, да и проблема прав личности здесь стоит так же, как в случаях принудительного лечения. Практически пока реализовать регулятивные потенции биоэтики в этой сфере удается лишь в процессе этического контроля за клиническими испытаниями. Но очень остро стоит нерешенная пока проблема биотехнологического «улучшения» человека, когда ксенотрансплантатами становятся объекты с набором самостоятельных функций. Мы будем говорить об этом в заключительных главах учебника.

Третья группа — проблемы, возникающие при взаимодействии медицины как социального института с другими сферами общественной жизни. Так, существует серьезная разница между этическим статусом государственной, страховой и частной медицины. Всегда острым в нравственном отношении является вопрос о взаимоотношениях медицины и политики. Нравственные нормы в медицине во многом зависят и от экологической ситуации в обществе (с ее осложнением они ужесточаются). В каждой из указанных сфер жизни существует, если можно так сказать, своя этика, в медицине — своя. Поэтому корреляция между вступающими в соприкосновение различными нравственными системами может и должна быть достигнута в рамках биоэтики.

Что касается первой группы проблем, то они, казалось бы, решаются просто. Согласно основному принципу биоэтики, главная ценность жизни — сама жизнь. Следовательно, сохранять ее надо при любых условиях. Но врачи лучше кого бы то ни было знают, что есть «жизнь организма» и «жизнь личности», есть «жизнь-благо» и «жизнь-страдание». По канонам медицинской деонтологии врач не должен обладать правом выбора в этом вопросе. Для врача существует «программа-минимум» — спасти жизнь пациента и «программа-максимум» — вернуть ему здоровье. Но как человек врач не может не задумываться над вопросом, какой будет эта жизнь. Следуя моральной максиме, вытекающей из категорического императива Канта, невольно сталкиваешься с вопросом, хотел бы ты сам в данной конкретной ситуации получить то, что получает от тебя больной? Ответ на этот вопрос может помочь принять решение, но здесь легко попасть в логическую ошибку, когда понятие «жизнь пациента» меняется на понятие «моя жизнь».

Вторая группа проблем связана прежде всего с адаптацией новых научных достижений в медицине к существующей системе прав и достоинства личности. Каждый раз, когда наука предлагает нечто

новое и эффективное, встает вопрос, а не нарушается ли этим достижением система нравственных ценностей в обществе. Например, разработка техники трансплантации органов и тканей поставила вопрос о правах донора. Новейшие достижения в анестезиологии и реаниматологии позволили достичь ситуаций, когда больному можно не дать умереть сколько угодно долго. Здесь опять возникает вопрос о правах пациента.

Третья группа вопросов связана прежде всего с фактами отказа от медицинской помощи (при различных моделях страховой и частной медицины). Наиболее остро они стоят в случаях необходимости неотложной помощи. Здесь невольно приходит на ум ассоциация с догиппократовским периодом в медицинской этике, когда врачу предписывалось не оказывать помощь определенным группам больных. В современную эпоху отказ в медицинской помощи порой имеет вполне определенные юридические основания. Но будет ли он морально оправданным?

Безусловный моральный смысл имеет и проблема социально-экономических условий жизни и их влияния на здоровье. Вопрос можно поставить так, как в свое время его ставил известный русский врач и писатель Вересаев: врач должен бороться против тех социальных условий, которые вызывают заболевания. Но какими средствами? Одно дело, если врач становится активным участником общественных движений типа «Врачи мира против ядерной угрозы». Другое дело, если он бросает врачебную практику ради политической карьеры, которая, возможно, поможет ему влиять на принятие позитивных политических решений, но явно помешает оказать конкретную помощь нуждающимся в ней пациентам. Нравственно ли жертвовать профессиональными обязанностями ради не менее гуманных, но более абстрактных целей? В то же время кто, как не врачи, лучше всего знают, какие условия жизни наиболее благоприятны для здоровья пациентов?! В современной жизни есть немало примеров врачей-политиков. Мы видим на конкретных примерах их деятельности, насколько она морально оправдана.

ОСОБЕННОСТИ БИОЭТИЧЕСКОЙ РЕГУЛЯЦИИ

Таким образом, сфера действия принципов и ценностей биоэтики достаточно широка, но наиболее часто на это обращают внимание в драматических ситуациях, связанных со здоровьем. В то же время медицинская практика не всегда предполагает решения вопросов о жизни и смерти, хотя такие проблемы, как трансплантация тканей, клониро-

вание и генная инженерия, имеют к ней непосредственное отношение уже сейчас. Но в том-то и важность вопроса, что пациенты — это среднестатистические индивиды, которые могут иметь полисоматические нарушения, а могут и не иметь, могут быть психически здоровыми, а могут и не быть, могут быть богатыми и бедными, представлять самые разные профессии, национальности, возрасты и религии. Короче говоря, важность применения принципов биоэтики в медицине объясняется в первую очередь *общезначимостью* данной сферы знания и деятельности.

Современный статус биоэтики в мире ассоциируется в основном с научными достижениями. В то же время ее регулятивная роль в обществе предполагает существование определенной системы организаций, документальную базу, некоторый инвариант подготовки квалифицированных кадров. Эти три компонента составляют структурную основу институализации биоэтики. Функциональная сторона данного процесса включает формирование специфического поля в контексте социальной жизни, где регламентирующее влияние биоэтических норм и принципов носило бы обязательный характер.

Здесь возникает коллизия, которую редко удается разрешить. Нормативный характер биоэтических принципов не может по определению быть формализованным. Следовательно, долженствование в сфере влияния биоэтики изначально подчинено долженствованию политическому, юридическому, экономическому. Наиболее ярко это проявляется в деятельности этических комитетов медицинских учреждений, которые должны решать конфликтные ситуации, но решения эти не имеют обязательного смысла для социальных служб и административных структур. Аналогичное положение складывается с принятыми национальными и международными документами по биоэтике, применение которых ограничено нормативной составляющей формализованных регламентаций (политических, юридических и т.д.). Таким образом, идея ценности жизни как центральная проблема биоэтики остается желаемой, но ее актуализация зависит от иных факторов, лежащих вне компетенции биоэтического сообщества.

Формализация биоэтических нормативов не может быть удачным решением этой коллизии, поскольку в этом случае мы будем иметь дело не с этикой, а с правом. Поэтому единственным надежным выходом представляется юридическое закрепление институциональных компонентов биоэтики, о которых говорилось ранее. Таким образом будет обеспечен переход от неформального регламентирования отношения людей к жизни как высшей ценности к формальному регулированию этого отношения в системе социальных институтов. Но этот процесс потребует

пересмотра некоторых национальных законодательств, к которому многие страны пока не готовы, поэтому начинать эту работу целесообразно с международных документов и организаций.

Вопросы для самопроверки

1. Что является предметом биоэтики?
2. Какую роль в биоэтике играют знания?
3. Как соотносятся знания и оценки в биоэтике?
4. Чем отличаются принципы медицинской этики и принципы биоэтики?
5. Какие проблемы решат теоретическая биоэтика?
6. В чем смысл практической биоэтики?
7. Каковы основные моральные требования к позиции пациента, сформулированные в биоэтике?
8. Каковы основные проблемы в обществе, которые требуют биоэтической регуляции?
9. Кто несет ответственность за сохранение здоровья людей?
10. Когда необходимо обращаться к принципам биоэтики?

Задания для закрепления материала

1. Подберите примеры новых биотехнологий, которые разрабатываются для «улучшения» человека и дайте им моральную оценку.
2. Проанализируйте отношения в своей студенческой группе с точки зрения рисков для здоровья и дайте им моральную оценку.
3. Прокомментируйте приведенный ниже случай и ответьте на вопрос: кто несет моральную ответственность за происшедшее — врачи, родственники пациентки или она сама?

   Пример. Женщина 75 лет доставлена в больницу каретой скорой медицинской помощи с жалобами на боли в животе. Предположительный диагноз: острая кишечная непроходимость, обусловленная опухолью толстого кишечника. Со слов родственников, больной себя считает последние шесть месяцев. Лечилась самостоятельно, за помощью к врачам не обращалась. После необходимого обследования и подготовки больной, ей было предложено оперативное лечение по жизненным показаниям. Объем оперативного вмешательства зависел от оперативной находки, учитывая тяжелое состояние пациентки, врач не счел нужным предупредить больную о том, что, возможно, ей придется наложить калоностому. Пациентка дала согласие, но вмешались родственники, которых врач предупредил о возможном исходе операции, и больная под их влиянием отказалась от операции и вскоре на фоне нарастающей интоксикации умерла. Родственники написали жалобу, обвинив медицинский персонал в некомпетентности.

Глава 4

ЖИЗНЬ И ЗДОРОВЬЕ — ГЛАВНЫЕ ЦЕННОСТИ БИОЭТИКИ

Ключевые понятия темы: жизнь, здоровье, здоровый образ жизни, качество жизни.

ЖИЗНЬ И ЗДОРОВЬЕ КАК СООТНОСИМЫЕ ЦЕННОСТИ

В медицине жизнь всегда представлена как жизнь конкретного индивида, как период от рождения до смерти, как неповторимость, уникальность. Мы выделяем специфику медицинской трактовки понятия «жизнь» потому, что одушевленная материя здесь приобретает вполне конкретные личностные черты, а дуализм души и тела оказывается философским мифом, не имеющим смысла там, где живет, болеет и умирает реальный человек.

Более того, причиной современной экспансии гуманитарного знания в биологические пределы является не его саморазвитие, не потребности ценностной интерпретации новых научных достижений, как это часто полагают, а именно реальный, не разделенный на душу и тело, *живой человек.* И произошло это потому, что человеческие индивиды стали демонстрировать все более заметные отклонения от биологических и, в частности, физиологических норм. Получается, что понятия «жизнь» и «здоровье» как бы расходятся, здоровая жизнь перестает быть нормой, появляется даже новый термин — «здоровый образ жизни (ЗОЖ)». А это значит, что жизнь все больше становится *не*здоровой, и нужны специальные меры для поддержания нормы здоровья у каждого человека.

Но что такое здоровый или нездоровый образ жизни? Под образом жизни исследователями понимаются способы жизнедеятельности (в сферах труда, быта, образования, культуры, общественно-политической деятельности) личности, социальной группы, общества и способы удовлетворения потребностей в рамках существующих природных и социальных ограничений. Соответственно здоровый образ жизни пред-

ставляется как совокупность гигиенических норм и правил, реализуемая в укладе жизни человека. Согласно медицинским подходам, в характеристике здорового образа жизни выделяют 12 блоков (схема 8).

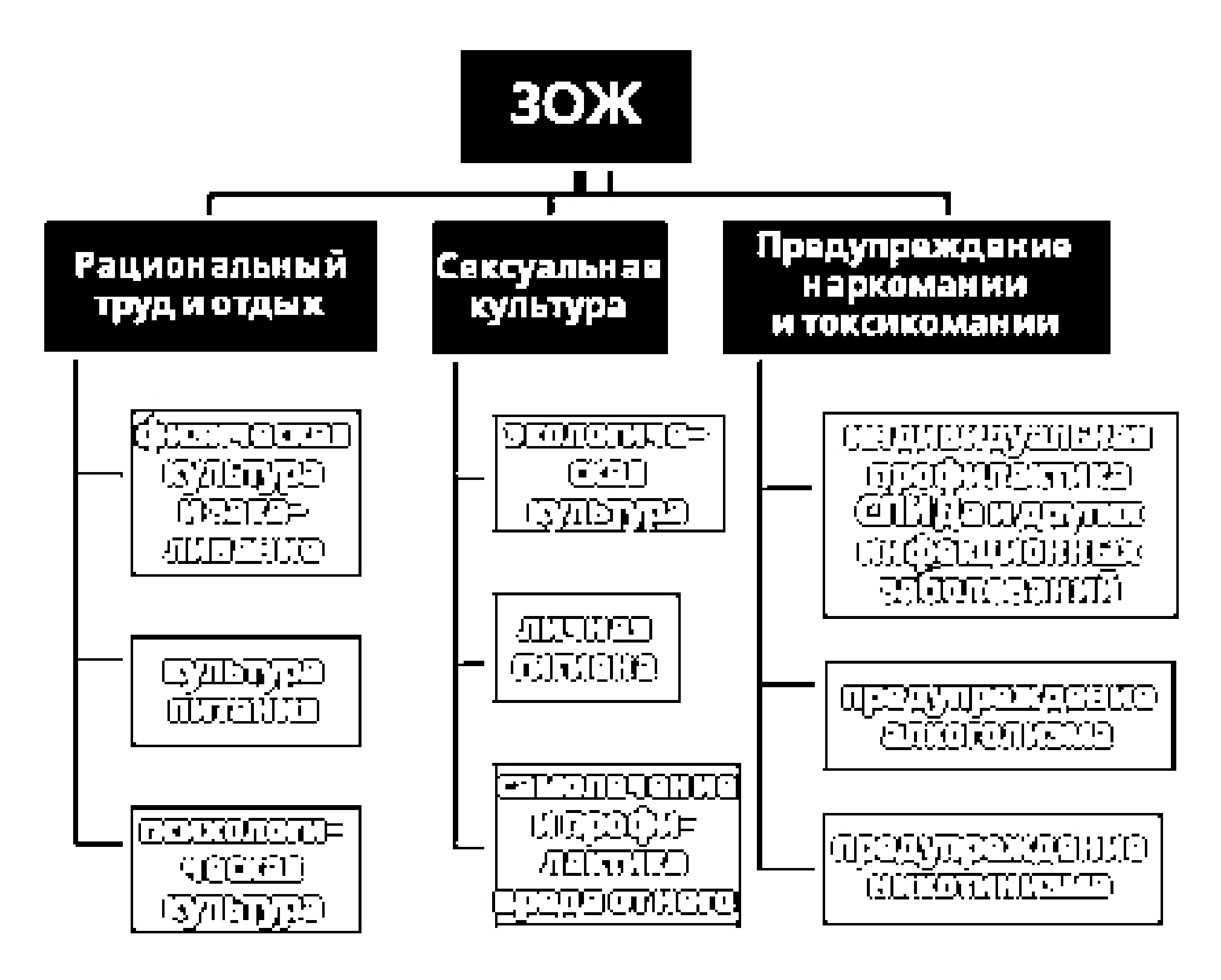


Схема 8. Структура здорового образа жизни

Здоровый образ жизни является значимым для большинства людей и имеет определенную жизненную ценность. И в целом для современного человека характерны установки на профессиональную и личностную самореализацию. Однако такая ценность является скорее декларируемой. Об этом свидетельствует тот факт, что многие из тех, кто считает, что ведет здоровый образ жизни, в реальности не придерживаются его норм. Недостаточное внимание к собственному физическому и психическому здоровью объективно заключает угрозу для осуществления декларируемых планов и установок.

Одним из основных концептуальных подходов к решению проблемы формирования здорового образа жизни является активность самого человека в утверждении образа жизни, соответствующего требованиям здоровья. В то же время свобода выбора образа жизни часто ограничена социальными условиями, региональной экономической ситуацией, культурной средой, финансовыми возможностями, стрессовыми воздействиями.

Понятие здорового образа жизни следует трактовать как оптимальное качество жизни, определяемое мотивированным поведением человека, направленным на формирование, сохранение и укрепление здоровья в реальных условиях воздействия на него таких природных и социальных факторов окружающей среды, как

выполнение им своего морального долга перед прошлыми, настоящими и будущими поколениями, о чем мы говорили в предыдущей главе.

Таким образом, собственно нравственный смысл отношения к жизни раскрывается в биоэтике в двух взаимосвязанных проблемах: *какая* жизнь (здоровая или нездоровая) и *сколько* этой жизни. При этом второй вопрос имплицитно связан с первым и без него не решается. А поскольку ответ на вопрос, какая жизнь, может быть дан только в виде суждений качества, то это однозначно связывает биоэтическую проблематику с ее центральным вопросом — вопросом о *качестве жизни*.

Качество жизни. Что же такое *качество жизни?* Основой для формирования современных представлений о качестве жизни в медицине является определение здоровья, под которым понимается состояние полного физического, умственного и социального благополучия, а не только отсутствие болезни. Термин «качество жизни» (КЖ) не рассматривался как компонент здоровья до 1947 г., когда ВОЗ впервые определила понятие здоровья как состояние физического, психического и социального благополучия. Начальные исследования, касающиеся качества жизни, начались вскоре после этого, хотя непосредственно термин стал самостоятельной категорией Index Medicus лишь немногим более 30 лет назад. Важность оценки качества жизни при различных заболеваниях была осознана лишь в последнее десятилетие XX в., что сделало оценку КЖ одной из основных задач проводимой терапии.

ВОЗ рекомендует определять КЖ как индивидуальное соотношение своего положения в жизни общества, контексте его культуры и системы ценностей с целями данного индивида, его планами, возможностями и степенью неустройства. Если КЖ — субъективное понятие, то оно должно определяться только перспективами конкретного человека. Профессиональные оценки медицинских работников, мнение членов семьи, объективные оценки условий жизни или материального благополучия данного индивида не могут полностью отражать суть этого понятия. Поскольку оно многогранно, то включает оценку ряда величин, на основании которых строится глобальная конструкция КЖ.

Считается, что понятие КЖ объединяет оценку как минимум четырех различных, но коррелирующих друг с другом областей: физической, функциональной, эмоциональной и социальной. Это выглядит, примерно, так:

- физическое самочувствие (комбинация симптомов здоровья или болезни);
- функциональные возможности (способность человека к осуществлению деятельности, обусловленной его потребностями, амбициями и социальной ролью);
- эмоциональное состояние (биполярное понятие — позитивный эффект — well-being, негативный эффект — дистресс);

- социальный статус (уровень общественной и семейной активности, может включать отношение к социальной поддержке, поддержание повседневной активности, работоспособности, семейные обязанности и отношения с членами семьи, сексуальность, коммуникабельность)

В биоэтике используется более простое структурирование параметров КЖ. Оно основано на представлениях о структуре личности и включает три уровня: биологический, психический и социальный. Сбалансированность системы биологических, психических и социальных компонентов в человеке и представляет *норму* КЖ. Реально она недостижима, поскольку расхождения в темпоральности всех трех составляющих мешает этому балансу. Но стремление к нему и есть работа по улучшению КЖ. Очевидно, что она невозможна без воздействия внешних факторов. К важнейшим из этих факторов относится моральная регуляция.

Качество жизни, непосредственно связанное со здоровьем, — это интегральный показатель, включающий в себя также три компонента:

1) функциональное состояние, включающее в себя такие характеристики, как работоспособность, толерантность к физической нагрузке, выполнение повседневной работы, независимость, общение, интеллектуальную деятельность, уверенность в принятии решений, эмоциональные проявления и т.д.;
2) симптомы, связанные с основным или сопутствующим заболеванием или его лечением (боль, одышка, побочные эффекты лекарственных средств и т.д.);
3) восприятие и психическое состояние, включающие в себя депрессию или возбуждение, которые могут быть следствием как самого заболевания, так и применения лекарственных веществ, а также социальную активность, половую функцию, удовлетворение медицинской помощью, контактом с врачом т.д.

Чаще всего в силу указанной многофакторности оценивают не качество жизни как таковое, а его компоненты. Наиболее существенными из них являются: удовлетворенность степенью своего физического, психологического, социального и духовного благополучия; социальное благополучие, включающее такие компоненты, как участие в общественной жизни, неформальные контакты и ограничение социальных возможностей по состоянию здоровья; психологическое благополучие (эмоциональное и интеллектуальное); физическое благополучие и нарушение функций (зависящее от ограничения физической активности, подвижности, уменьшения энергетического потенциала, характера заболеваний, диагноза, объективных признаков болезни, жалоб и т.д.).

Пример. Уровень социальной поддержки, образования и психосоциальные особенности индивидов являются факторами, которые влияют на развитие ишемической болезни сердца и уровень летальности от нее. Установлено также, что развитию этой болезни способствуют депрессия, тревожность, одиночество. Нарушение

сна, проблемы в семье, финансовые трудности, необходимость принятия сложных решений существенно повышают риск осложнений в течение стенокардии. Снижение функциональных возможностей сердечно-сосудистой системы в свою очередь оказывает неблагоприятное влияние на повседневную активность людей: снижает физическую и сексуальную активность, ухудшает общее состояние, физическую работоспособность. На субъективном уровне это фиксируется как снижение общей удовлетворенности жизнью, а на объективном – позволяет сделать вывод об ухудшении качества их жизни. В целом у больных сердечно-сосудистыми заболеваниями более выражен уровень психологического стресса, психологической дезадаптации, чаще отмечается социальная изоляция. «Отрицательный взгляд на жизнь», пессимистическая оценка собственного здоровья и перспектив его улучшения увеличивает риск сердечных заболеваний, в частности инфаркта миокарда.

В отличие от естествознания, где объективная истина является высшей ценностью, достижению которой подчинена вся деятельность ученого, в биоэтике получение объективного знания, разумеется, не является самоцелью, но подчинено более значимым ценностям — человеческой жизни, личности, милосердию, сочувствию и т.д. С этим фактом связана специфика регуляторной функции биоэтики, которая имеет моральный смысл. Рассмотренное в данном контексте понятие качества жизни выполняет двоякую роль. С одной стороны, оно способствует объективизации функций биоэтики — благодаря тому, что выражает субъективное, личностное знание через объективные, прежде всего количественные, параметры. С другой стороны, это понятие отражает наметившуюся тенденцию к сближению наук, занимающихся человековедческой проблематикой, что способствует становлению единого, целостного знания о человеке. Коррекция качества жизни позволит решить многие медицинские, социальные, психологические и нравственные проблемы человеческого существования.

В целом КЖ можно определить следующим образом: **качество жизни есть адекватность психосоматического состояния индивида его социальному статусу**.

Отметим, что в таком определении учитываются все три структурных уровня личности — биологический (физиологический), психический и социальный. Далее, такая трактовка помогает преодолеть излишний субъективизм индивидуальных оценок качества жизни, выявив их объективное основание, сблизить позицию пациента и наблюдателя (о чем будет сказано далее). Действительно, нет и не может быть абстрактно-интуитивного отношения к своему физиологическому и психическому состоянию. Это видимость. На самом деле отношение к здоровью задается социальными потребностями личности. С одной стороны, человек занимает то положение в обществе (социальный статус), которого позволяют ему достичь его физические возможности. Это не дискрими-

нация, а естественное генетически-морфологическое разнообразие, на котором и держится выживаемость рода людского.

Так вот, «разрешенный» статус — а он может иметь очень большой диапазон социальных ролей — диктует необходимые параметры для самочувствия, внешнего вида, отношения к медицине и т.п. Социальный статус «задает», казалось бы, чисто субъективное отношение к состоянию своего здоровья. Таким образом, при помощи понятия «социальный статус» удается предельно объективировать процедуру оценки качества жизни, хотя полной алгоритмизации, как и в любых оценочных суждениях, добиться здесь, конечно, нельзя. Если исходить из предложенного нами определения, можно более подробно рассмотреть, как оно «работает» в медицинской (клинической) этике.

ПРОБЛЕМА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ В БИОЭТИКЕ

Качество жизни — одна из важнейших тем в биоэтике. Анализ клинического случая после постановки диагноза и определения стратегии лечения должен включать сравнение качества жизни пациента до и после лечения. Мы сосредоточимся на клиническом смысле трудного для понимания феномена качества жизни.

Основная цель любого врачебного вмешательства — улучшение качества жизни. Она реализуется в решении нескольких конкретных задач, как, например, облегчение боли, восстановление функций и т.п. Пациенты нуждаются во врачебной помощи, медицинском внимании и заботе, поскольку они обеспокоены какими-то симптомами болезни, последствиями травм и т.п. Врач отвечает на их потребность в нем:

- постановкой диагноза;
- общением;
- лечением;
- утешением;
- обучением.

Эта деятельность направлена на улучшение качества жизни пациента.

Во многих ситуациях это улучшение может быть произведено без особого труда. Например, головная боль, лихорадка и боль в мышцах устранимы при помощи антибиотика, который побеждает вызвавшую их инфекцию. Качество жизни, сниженное из-за этой инфекции, быстро восстанавливается. Но бывают ситуации, когда качество жизни пациента серьезно нарушено прогрессирующей болезнью и восстановить его трудно, если вообще возможно. Медицинское вмешательство может за-

тормозить снижение качества жизни, немного улучшить его, но не восстановить. В этих случаях можно говорить о сносном или ограниченном качестве жизни, если оно постоянно поддерживается различными медицинскими манипуляциями, заботой и уходом. Есть случаи, когда медицинское вмешательство помогает излечить болезнь, но при этом качество жизни снижается.

Пример. Можно избежать негативных последствий диабета, если регулярно принимать инсулин и придерживаться определенной диеты, но это серьезно ограничивает свободу пациента, и следовательно, качество его жизни понижается. Или возьмем пример пациентки, которая подверглась мастэктомии по поводу рака груди, после чего избавилась от болезни, но этому предшествовали многочисленные курсы химиотерапии и радиотерапии.

Оценка качества жизни входит во все дискуссии по вопросам медицинского обслуживания. Врач и пациенты вместе должны определить, какой уровень качества жизни желателен, как это должно быть достигнуто, какие существуют риски. В отличие от проблемы рисков и преимуществ той или иной стратегии лечения, вопрос о качестве жизни фиксирует внимание на пролонгированных последствиях медицинского вмешательства. Вопрос о качестве жизни пациента всегда включает этическую сторону. Она складывается из следующих аспектов.

1. Проблема различного толкования качества жизни врачом и пациентом.
2. Проблема невозможности для пациента оценить то качество жизни, которое он хотел бы иметь.
3. Проблема использования качества жизни как критерия для рационирования медицинского ухода.

Качество жизни у больного человека не может оцениваться только субъективно или только объективно. Необходимо, как мы уже говорили ранее, учитывать как личностные, так и социальные характеристики пациента, отношение к лечению, прогноз, субъективные ценности, которые пациент связывает с понятием качества жизни. Поэтому целесообразно и необходимо ставить и решать целый ряд сложных вопросов:

1. Кто оценивает качество жизни — сам живущий или наблюдатель?

2. Какие критерии используются для оценки КЖ?

3. Наконец, критический этический вопрос: какие именно клинические решения обосновываются ссылкой на качество жизни? Ответ на

этот вопрос важен в ситуациях распределения ресурсов и реализации принципа DNR («Не оживлять!»).

В клинической же практике важно различать употребление понятия «качество жизни» в двух смыслах, поскольку недифференцированный подход в данном случае может вызвать неразбериху в клинических выводах (схема 9).

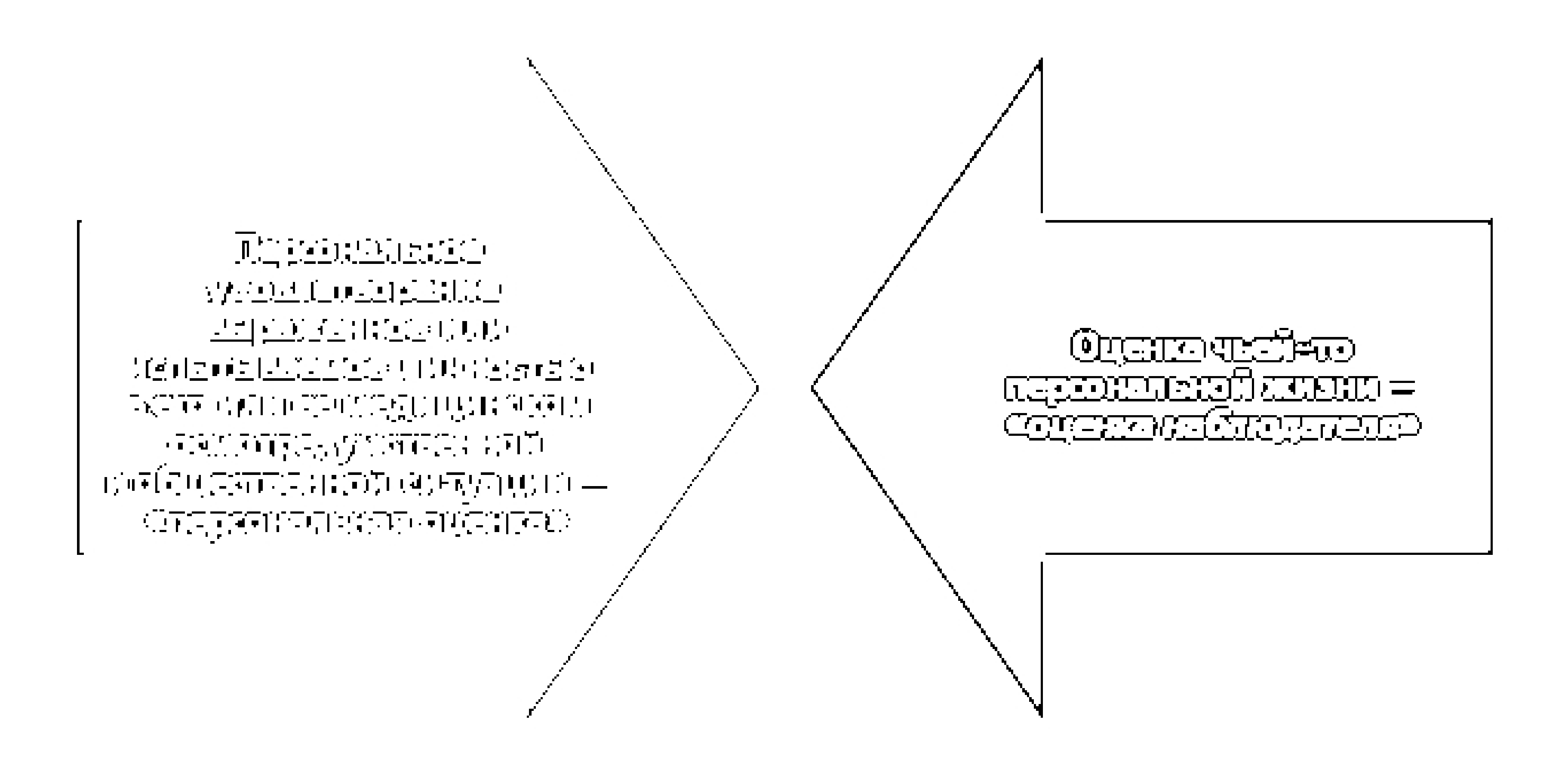


Схема 9. Два варианта оценки качества жизни

Заключение о низком (или бедном) качестве жизни может быть сделано как самим живущим, так и наблюдателем. Часто случается, что наблюдатель считает качество жизни низким, а сам живущий вполне удовлетворен этой жизнью, но бывает и наоборот.

Пример.

1. Человек, пострадавший в автомобильной аварии, получил увечья и вынужден проводить свою жизнь в инвалидной коляске. Его первоначальная реакция на эти изменения – полное отчаяние, он полагал, что качество жизни равно нулю, и следовательно, жизнь кончена. У него были искренние стремления к смерти. Впоследствии он адаптировался к ситуации, стал учиться на юридическом факультете, выступать с лекциями в домах инвалидов, писать научные работы, стал достаточно известен и популярен, более того, у него появились деньги, которых он, будучи здоровым, не зарабатывал. Его представления о качестве собственной жизни изменились, он стал оценивать его выше, чем до аварии.
2. Звезда шоу-бизнеса, будучи соматически и психически здоровой, мчится к пластическим хирургам и диетологам не для того, чтобы выздороветь – она и так здорова. Но она стареет. Это несовместимо с имиджем. Качество жизни падает.

Человек чрезвычайно адаптивен. Он способен создать себе жизнь буквально из ничего. Если пациенты могут оценить и выразить свое собственное качество жизни, врачи не должны брать решение на себя, а должны прислушаться к мнению пациентов. Аналогично, когда собственная оценка человека не может быть дана или не может стать известна, врачи могут высказывать свое мнение, но должны быть чрезвычайно осторожны в применении к пациенту своих систем ценностей.

Пример. 62-летний человек, страдающий гипернефромой IV стадии, чувствовал себя достаточно хорошо, пока у него не появилась уремия на фоне хронической почечной недостаточности и, как следствие, энцефалопатия. Врач уверен, что уремия — признак скорой смерти, поскольку он хорошо представляет себе картину метастатического рака. Он утверждает, что операция не поможет. Жена пациента настояла на хирургическом вмешательстве. После операции пациент восстановился и жил с удовлетворительным качеством жизни еще десять месяцев — оно резко снизилось лишь за две недели до смерти.

Оценивая качество жизни пациента, следует учитывать, что:

- низкое качество жизни может означать, что пациент ощущает свое положение как несоответствующее желаемому стандарту. Но в каждом случае это несоответствие может быть разным: это может быть боль, ограничение двигательной активности, падение умственного потенциала, проблемы здоровья могут отвлекать от более важных и интересных дел, могут сократиться контакты с другими людьми, вообще может пропасть радость жизни и т.п. Таким образом, низкое качество жизни может иметь отношение ко многим разным обстоятельствам;
- оценка качества жизни, подобно самой жизни, носит временный характер, поэтому медицинские работники не должны торопиться с выводами о реальных основаниях оценки качества жизни, учитывая преходящие условия в ситуации пациентов;
- оценка может отразить не сиюминутное ощущение от жизни, а привычные для пациента, выработанные годами нормы и установки. У людей существуют определенные привычки, предубеждения, которые они связывают с представлением о качестве жизни, поэтому в их восприятии конкретного момента может отразиться некоторое смещение представлений;
- оценка может отразить социально-экономические условия, в которых находится пациент. Если он считает их несоответствующими своим требованиям к качеству жизни, то никакое улучшение здоровья не изменит эту позицию до тех пор, пока не будут изменены бытовые, жилищные условия, размер зарплаты и т.п., т.е. внемедицинские факторы.

УРОВНИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ

Оценки качества жизни, независимо от того, персональные или оценки наблюдателей, всегда субъективны, всегда отражают индивидуальные убеждения и ценности, симпатию и антипатию, личный опыт и личную ситуацию. Вопрос о том, существуют ли объективные критерии оценок качества жизни, возможны ли соответствующие измерения, результаты которых действительны для всех и имеют общезначимый смысл, это сложный философский вопрос. Мы допускаем, что в клинике окончательного ответа на этот вопрос можно и не получить, однако можно выделить четыре уровня качества жизни, по одному критерию — *способности человека к самовоспроизводству жизненных функций*. Чем больше он нуждается во внешней помощи для их сохранения, тем ниже уровень качества жизни.

Первый уровень. Нормальное качество жизни. Все физиологические показатели в норме, человек не задумывается о своем здоровье, потому что его ничто не беспокоит.

Второй уровень. Ограниченное качество жизни. Это ситуация, когда человек страдает от каких-то дефектов физического или умственного здоровья, когда его функциональные способности не соответствуют физиологической норме. Такое заключение может быть сделано как самим живущим, так и наблюдателями, хотя, как мы уже отмечали, их оценки могут и отличаться. Важно то, что, несмотря на физиологические проблемы, человек может сам с ними справляться.

Пример. Пациент 62 лет, диагноз — метаболический синдром. При помощи врача подобрана схема лечения, которая позволяет купировать приступы гипертонической болезни, следить за уровнем сахара в крови. Лечебная гимнастика и диета позволяют проводить профилактику ожирения. При соблюдении всех рекомендаций пациент вполне адаптивен и ведет активный образ жизни.

Третий уровень. Минимальное качество жизни. Оно обычно описывается как такое, когда наблюдатели или сам пациент отмечают существенные физиологические ухудшения, причем с ограничением не просто личных свобод, но и возможности коммуникации, сопровождающиеся страданием и болью. Пациенту постоянно требуется помощь окружающих для поддержания жизненных функций.

Примеры.

I. Пациент с болезнью Альцгеймера живет в доме для престарелых, ему 84 года. Он не реагирует на окружающих, часто расстраивается. Он физически слаб, страдает одышкой и тошнотой, его трудно кормить. В прошлом его лечили ан-

тибиотиками от пневмонии. Ночью у него приступы кашля. Лихорадка, температура высокая. Вызванный врач диагностирует развитие пневмонии. Нужно ли его снова лечить от этой болезни?

II. 34-летняя мать троих детей больна склеродермией. Большой палец правой ноги и несколько пальцев левой руки уже охвачены гангреной. Через несколько дней после постановки диагноза она согласилась на ампутацию правой стопы и двух пальцев левой руки. После операции она в шоковом состоянии, сознание спутанное, у нее развилась пневмония и она была подключена к аппарату ИВЛ. На оставшихся пальцах левой руки началось гангренозное воспаление и потребовалась более обширная ампутация. Состояние почек ухудшается, встает вопрос о диализе. Врач, осматривающий ее на обходе, восклицает: «Кто бы захотел жить такой жизнью!» Следует ли в этих условиях проводить диализ? Нужно и можно ли отключать больную от аппарата искусственного дыхания?

Четвертый уровень. Качество жизни ниже минимального. Оно соответствует ситуации, когда пациент страдает экстремальным физическим расслаблением, а также полным и нереверсивным убытком сенсорной и интеллектуальной деятельности. Это состояние можно описать как жизнь, вообще не имеющую качества, если бы персональная способность оценки не была полностью потеряна в таком состоянии. Это описание относится к лицам в устойчивом вегетативном состоянии. Они не просто не могут обходиться без посторонней помощи — жизненные функции поддерживаются в них *только извне*.

Примеры.

I. Пациентка в устойчивом вегетативном состоянии, но не на аппарате искусственного дыхания. Теперь она страдает энурезом и острой почечной недостаточностью. Нужно ли делать диализ?

II. В срок рожденная девочка имеет очень большую мозговую грыжу. Кроме того, диагностирована микроцефалия. Томография головы показывает врожденные изменения вещества мозга и вентрикуломегалию, кортикальная мантия — менее 3 мм. Родители девочки, понимая ситуацию, просят не проводить клинических мероприятий, они просят отдать девочку им домой, где она спокойно умрет.

III. 83-летняя женщина со старческим слабоумием прикована к постели, ее жизнь поддерживают при помощи интенсивной терапии, кормят через зонд. Сестры, ухаживающие за ней, говорят, что у нее нет никакой жизни.

Человек, представивший себя в ситуации 2 и 3, предпочел бы, наверное, скорее умереть. Но нет гарантии, что, находясь в такой ситуации, он будет думать именно так. Поэтому необходимо учитывать все факторы болезни и отношения к ней для принятия адекватных решений по лечению и уходу за такими больными. В противном случае можно принять решения, которые приведут к смерти пациента, а это уже от-

носится к вопросу о пассивной эвтаназии, по поводу которой в нашей стране существует определенное юридическое правило — она не разрешена.

Пример. Пожилая женщина в бессознательном состоянии доставлена в приемный покой больницы скорой помощи. Ее племянник сообщил, что ей 92 года. При обследовании – неконтактна, обезвожена, лихорадка септического характера, пиурия. Интерн фиксирует сепсис, но сомневается, что нужно вводить антибиотики и ставить капельницу – ведь она такая старая, пусть тихо умирает. Вызванный врач-хирург назначает лечение по принятому стандарту, в результате чего больная возвращается в прежнее (довольно бодрое и энергичное) состояние, ее качество жизни оказывается достаточно высоким, о чем интерн не мог и подозревать.

Поскольку оценка качества жизни очень субъективна, разные наблюдатели оценивают одни и те же ситуации по-разному. Это может отразиться на качестве лечения и ухода за пациентами. В биоэтике существуют четыре проблемы подробного типа:

- недостаток понимания собственных ценностей пациента;
- расхождение в оценках врача и пациента по поводу КЖ пациента;
- дискриминация в отношении к пациентам;
- введение общественно значимых критериев по поводу качества жизни.

Исследования показывают, что врач оценивает качество жизни пациентов обычно ниже, чем сами пациенты. Так, в одном из экспериментов, врачей и пациентов попросили независимо друг от друга оценить качество жизни в ситуации хронического заболевания: артрита, ишемической болезни сердца, хронического легочного заболевания и рака. Врачи определили условия жизни этих пациентов как более худшие, чем они сами себе это представляли. Врачи основывали свои оценки на медицинских показателях, в то время как пациенты учитывали и показатели немедицинские — такие как межличностные отношения, финансовое благополучие и общественный статус. Те же исследования показали, что оценка врачом качества жизни пациента влияет на важные клинические решения, как, например, решения о реанимационных мероприятиях.

Определенную трудность представляют заключения о качестве жизни людей, нетрудоспособных от рождения. Для таких людей не существует компенсаторных интеллектуальных и культурных механизмов для повышения качества жизни. Для них практически нет разницы между ограниченным и минимальным качеством жизни в том смысле, который мы раскрывали ранее. Каким же образом можно делать заключения в случае необходимости медицинского вмешательства от-

носительно таких людей? Какое качество жизни здесь может быть желаемым? В связи с этим одним из важнейших достижений медицины является принцип оказания помощи каждому в ней нуждающемуся, независимо от социальной принадлежности, национальности, религии или гражданства.

Примеры.

I. 23-летний инструктор по гимнастике, который парализован из-за перелома шейного позвонка и повреждения спинного мозга, говорит: «Моя жизнь не так уж плоха, как она выглядит. Я адаптируюсь к своему состоянию и занимаюсь умственной работой, получая от этого удовольствие».

II. Отец 29-летнего умственно отсталого сына говорит о нем: «Он кажется таким счастливым! Наверное, ему хорошо».

ЭТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ

Медицинские вмешательства нацелены на то, чтобы улучшить качество жизни пациентов. Порой это поднимает серьезные этические проблемы.

Одна из них — проблема реабилитации. Лечебный эффект реабилитации состоит в том, что качество жизни улучшается за счет восстановления мобильности, работоспособности, независимости в собственном жизнеобеспечении. Цель в данном случае определяется ценностями пациента, главное здесь — уважение его автономии. Этические проблемы возникают, если есть конфликт между предпочтениями пациента в его представлениях о качестве жизни и медицинскими знаниями и ценностями врача. Для врача уровень качества жизни пациента предпочтительней, чем уважение его автономности, хотя он и ограничен моралью в средствах достижения взаимопонимания с пациентом. Реабилитация предполагает некоторый образовательный каркас для пострадавших пациентов, которым уже оказана медицинская помощь. Их учат приспосабливаться к своему новому состоянию, искать свое место в социуме. Следовательно, и этические вопросы, связанные с реабилитационными процедурами, должны первоначально трактоваться как образовательные: врач пытается помочь пациенту понять проблему целиком, полностью.

Качество жизни смертельно больных пациентов улучшается благодаря паллиативам, включающим квалифицированное применение обезболивающих средств. К сожалению, у нас очень мало специалистов, которые умеют обеспечить оптимальное индивидуальное применение обезболивающих средств. В этом вопросе ведутся интенсивные науч-

ные и практические изыскания по исследованию боли и страдания, подготовке врачей в разных областях медицины, созданию новых лекарств. Особенно эффективны в плане паллиативного лечения хосписы, это пока единственное, что можно вполне уверенно рекомендовать смертельно больным пациентам.

Пациенты не должны страдать от боли из-за недостаточной компетенции врачей в этом вопросе или их боязни сформировать у больных пагубную привычку к наркотическим средствам. В то же время назначение паллиативов и обезболивающих средств требует и чрезвычайной осторожности, постоянного контроля за деятельностью врачей и медицинского персонала в целом. Обычно такой контроль осуществляют медицинские ассоциации на местах или больничные этические комитеты. Там, где применяются наркотики, всегда нужно принимать повышенные меры безопасности, поскольку злоупотребления вполне вероятны.

Попытки облегчить боль и страдания смертельно больных пациентов могут иметь побочный эффект, который также приобретает на практике этическую окраску. Речь идет о том, что сознание пациента, которого «держат» на наркотиках, обычно подавлено, затуманено, что препятствует его контактам с родственниками и друзьями. Этот эффект всегда вызывает моральную обеспокоенность у врачей и сестер, но решить эту проблему, пока не изобретены новые лекарственные средства, успокаивающие боль, но не подавляющие психику, не представляется возможным. Остается только быть еще более внимательными к пациенту, стараясь применять средства, которые, ослабляя боль, как можно меньше влияют на сознание. Разумеется, если пациент в состоянии высказать в такой ситуации какие-то предпочтения, необходимо следовать им.

Пример. Пациентка страдает от аденокарциномы молочной железы с метастазированием в легкое и костную ткань. Она требует повышенных доз наркотического анальгетика для облегчения боли. Ее легочная функция ухудшается до показателей $O_2 = 45$ и $CO_2 = 55$ в периоды, когда она не страдает от боли. Она получает по 15 мг морфина гидрохлорида каждые 4 часа, но требует еще. Ее врач сомневается, поскольку дальше подавлять функцию дыхания небезопасно — больная может умереть. Тем не менее он назначает 30 мг морфина каждые 2 часа.

Нужно учитывать, что многие облегчающие боль наркотики ведут к подавлению функции дыхания, вплоть до летального исхода. Ясно, что основная цель применения этого лекарства и основное желание пациента — облегчение боли. Иногда все же бывает очень трудно найти

правильный баланс между обезболивающим эффектом и подавлением дыхательной функции. Чему отдать предпочтение, если это двойное действие препарата существует? Очевидно, что если мы констатировали статус пациента как умирающего, то главной целью становится не продление жизни, а избавление от страданий. Обезболивание в данном случае является фактором повышения качества жизни умирающего больного. Но если доза превышена и наступает летальный исход, можно вести речь об эвтаназии.

Пример. 63-летняя смертельно больная женщина с обширным метастатическим раком пищевода, глубокой дистрофией, перитонитом от повреждений, причиненных зондом при гастростомии. Предпринятая хирургическая коррекция свища оказалась неудачной, она продолжает мучиться от сильной боли в области живота. Пациентка и ее родные решаются на применение капельницы с морфином. Доза морфина определена так, чтобы пациентка могла переносить боль и общаться с семьей. Но у нее через двое суток стало отмечаться затруднение дыхания и спутанность сознания. После шести дней приема препарата пациентка перестала быть контактной. Ее муж спросил, нельзя ли ускорить неизбежное. Навещавший больную врач довел дозу морфина до 30 мг. Пациентка впала в кому и через 12 часов умерла.

Этика этой проблемы иногда обсуждается с точки зрения принципа «двойного эффекта». В спорах об этом принципе специалисты в области биоэтики высказывали следующие аргументы.

Иногда мы сталкиваемся с ситуацией, когда необходимое решение имеет двойной эффект – как желательный, так и нежелательный. Эти эффекты внутренне связаны. Один из них является агентом того действия, которое планируется (например, обезболивание – это польза), а другой не рассматривается как лечебный агент и этически нежелателен (например, угнетение функции дыхания – это вред). Сторонники принципа двойного эффекта считают, что этически желаемый эффект может быть использован, даже если он неизбежно влечет за собой этически нежелательный, но при этом должны соблюдаться следующие условия:

- само действие будет этически хорошим или, по крайней мере, безразличным, то есть по своей сути не будет ни добром, ни злом (в этом случае само применение лекарства морально безразлично);
- агент должен предполагать положительный эффект, а не отрицательный, даже если предвидит возможность негативных последствий (в данном случае врач руководствуется намерением облегчить боль, а не угнетать дыхание);

- морально нежелательный эффект не должен означать морально допустимого эффекта (в нашем случае угнетение дыхания не есть средство обезболивания).

В подобных рассуждениях вырисовывается одна практическая проблема, касающаяся второго условия, поскольку часто врач прибегает к самообману — облегчая боль, он торопит смерть (безболезненную!). Если назначенная дозировка клинически рациональна, не назначена доза больше необходимой, стремление облегчить боль представляется первичным и действие расценивается как этически положительное. Если назначена завышенная доза, можно предположить, что первичным было стремление поторопить смерть. Угнетение функции дыхания — вероятный побочный эффект соответствующих дозировок морфия (достаточных, чтобы облегчить боль). Этот вред — «неумышленный», в случае если бы были другие средства, способные облегчить боль, но не угнетать функцию дыхания, их бы использовали. Но если они есть, а их не используют, то действие становится неэтичным. Римско-католическая этика применяет данный аргумент, чтобы доказать этичность применения клинически соответствующих медикаментов для уменьшения боли, даже если это применение ведет к сокращению жизни пациента.

Облегчение боли — цель медицины, которая ищет лекарства, применяет хирургические, реабилитационные и другие методы для ее облегчения у пациентов. Но боль — только один компонент психологического, духовного и социального феномена, известного как страдание. Концентрация внимания на физиологических параметрах боли, выражающаяся в абсолютизации применения фармакологических, хирургических и других видов вмешательств без учета психологических, духовных и социальных компонентов, не принесет пациенту должного облегчения. Даже если в физиологическом плане облегчение наступило, могут остаться невыполненными другие этические обязательства. Например, смерть любого человека производит определенный эффект на его родственников. В подавляющем большинстве случаев они страдают. Поэтому врач обязан сам контактировать с родственниками больного и обсуждать с ними все проблемы, включая смерть их близкого человека. Присутствие духовного лица там, где в нем нуждаются, — также один из факторов облегчения страдания.

Таким образом, этическая регуляция необходима при оценке качества жизни самим пациентом, его родственниками и медицинскими работниками качества жизни пациента. Гармонизация их позиций в данном вопросе возможна на основе моральных критериев. Поэтому биоэтическая экспертиза в установлении показателей качества жизни необходима.

Вопросы для самопроверки

1. Является ли жизнь ценностью всегда или ценностью является только здоровая жизнь?
2. Как соотносятся жизнь и здоровье?
3. Что такое, в вашем понимании, здоровый образ жизни?
4. Почему отказ от здорового образа жизни считается аморальным?
5. Что такое «качество жизни»?
6. Каковы основные структурные компоненты качества жизни?
7. Почему врачи и пациенты по-разному оценивают качество жизни?
8. Чем характеризуются четыре уровня качества жизни?
9. В каких случаях попытка повысить качество жизни может привести к эвтаназии?
10. Какие моральные проблемы встают перед врачом, когда его пациентом является человек с качеством жизни ниже минимального?

Задания для закрепления материала

1. Проанализируйте следующий случай:

   Пациент П. — бомж и алкоголик. Он постоянно грязный, ведет себя по-хамски, появляется в больнице то по поводу пневмонии, то с обморожением, то с алкогольным бредом. Он уже всем надоел, но его обязаны лечить, и лечат. Хотя стараются обслужить в последнюю очередь. Однажды, когда врач уж очень долго преодолевал себя, чтобы подойти к этому пациенту, тот чуть не умер от открывшегося кровотечения. Но быстро восстановился и ушел из больницы, как ни в чем не бывало.

   Как вы оцениваете качество жизни данного пациента?

2. Прокомментируйте приведенную ниже ситуацию:

   67-летний мужчина, чья нетрудоспособность была официально установлена в годовалом возрасте, умственное развитие — на уровне трехлетнего ребенка. Кроме того, он страдает острым миелолейкозом. Его опекун считает, что ни к чему пытаться повысить качество жизни этого человека путем лечения данного заболевания, коль скоро оно и так очень низкое.

   Нужно ли лечить данного пациента от миелолейкоза?

3. Рассмотрите следующий пример:

   Преждевременно родившийся младенец весит 1кг 100 г, у него обнаружена тотальная мембранопатия. Низкий гематокрит, высокий билирубин, непонятной этиологии кровотечение. Ультразвуковой анализ подтверждает интравентрикулярное кровоизлияние. Родителей информируют о возможных рисках в развитии ребенка,

прежде всего в умственном развитии. После этого родители просят отключить ребенка от аппарата искусственного дыхания.

Вы согласны с решением родителей?

4. Определите и обоснуйте свое отношение к следующей ситуации:

Пациентка, страдающая болезнью Альцгеймера, живет дома одна. У нее развилась пневмония, которая осложнилась сепсисом. Она была доставлена в больницу и подключена к аппарату искусственного дыхания. После двух недель пребывания в больнице в сознание не пришла. Поскольку, еще находясь в сознании, пациентка не выразила никаких пожеланий по поводу реанимационных мероприятий и поддержания жизни, врачи стоят перед дилеммой: продолжать ли искусственную вентиляцию легких.

Как бы поступили вы?

Глава 5

ПРИНЦИПЫ БИОЭТИКИ

Ключевые понятия темы: вред, добро, справедливость, автономия.

Как уже отмечалось, биоэтика — это а) наука и б) свод правил и норм. Такой характер биоэтики обусловливает особенности представления в ней научного знания. Оно не фиксируется в законах, как в других науках, потому что закон исключает свободу выбора, а мораль как раз предполагает такую свободу. Знание в биоэтике носит нормативный, предписательный характер, поэтому оно оформляется не в виде законов, а в виде принципов. Слово «принцип» происходит от латинского principium — основа, начало. В применении к человеческой деятельности принцип — это то, что лежит в основе деятельности, то, с чего она начинается, то, чем руководствуется человек в процессе достижения определенной цели. В основе принципа лежит либо вера, либо знание. Принципы биоэтики — это ее основные научные конструкты. Им следуют, потому что они основаны на опыте и знаниях. Но им можно и не следовать. В этом случае человек может быть подвергнут моральным санкциям, но может и избежать их. Свобода выбора здесь остается. Однако знание основных принципов формирует внутренние обязательства, нарушая которые человек, даже не подвергаясь санкциям своего сообщества, испытывает внутренний дискомфорт и сомнения, часто начинает наказывать себя сам. Поэтому роль принципов в биоэтике основополагающая. Следование им позволяет гармонизировать наши знания и оценки, достигать успеха в своей деятельности. Каковы же основные принципы биоэтики?

ПРИНЦИП ПЕРВЫЙ: «НЕ НАВРЕДИ»

По мнению Б.Г. Юдина, которому принадлежит наиболее точная, на наш взгляд, интерпретация этих принципов в отечественной литературе, первый из них может быть правильно понят только после выяснения смысла понятия «вред». Он предлагает рассматривать понятие вреда с позиций врача в четырех смыслах. Это вред, вызванный:

- бездействием (неоказание помощи);
- небрежностью или злым умыслом;
- неквалифицированными (или необдуманными) действиями;
- необходимыми в данной ситуации действиями.

В первом случае можно говорить, например, о несвоевременном оказании помощи.

Пример. В травматологическое отделение поступил подросток, пострадавший в результате дорожно-транспортного происшествия (катаясь на велосипеде, был сбит автомашиной). Дежурному врачу до смены оставалось некоторое время, и он принял решение, не оказывая помощи, «передать» пациента меняющему его врачу. Пришедшему на дежурство врачу потребовалось время на подготовку к выполнению лечебных мероприятий. В результате несвоевременно оказанной помощи ребенок скончался. Роковой случайностью оказался тот факт, что подросток был сыном врача, который не оказал помощи пострадавшему и даже не подошел к нему.

Как оценить с позиции биоэтики поступок врача? Какое наказание должен понести врач? Или можно его считать уже наказанным?

Очевидно, что здесь имеется: а) факт неоказания помощи нуждающемуся в ней, что подлежит уже не этическому, а правовому регулированию, и б) если больной поступил, когда рабочее время врача уже закончилось, факт неоказания помощи является предметом этической оценки, нарушен принцип ненанесения вреда, но также нарушен принцип справедливости. Если бы речь шла о постороннем пациенте, родители ребенка могли бы обратиться в комитет по этике, который рекомендовал бы, как нам представляется, отстранение такого врача от работы. Но поскольку один из родителей — тот самый врач, то этический комитет может заняться этим вопросом по собственной инициативе. В любом случае этическая оценка будет дана, несмотря на то что, как уже указывалось, гибель ребенка — самое страшное наказание для этого человека. Но здесь существует еще один аспект: оценка данного случая должна быть публичной, чтобы исключить возможность повторения подобных инцидентов с другими врачами.

Примером вреда, вызванного бездействием, может быть случай из стоматологической практики.

Пример. На приеме у врача-ортопеда пациент во время примерки мостовидного протеза случайно проглотил его. Вместо того чтобы предпринять действия, а именно провести рентгенологическое исследование органов грудной и брюшной полости, врач отпустил пациента домой, порекомендовав ему придти через определенное время. Пациент в назначенное время на прием не явился, так как был госпитализирован с гнойным медиастенитом в стационар, где и скончался. Во время патолого-

анатомического исследования в средостении была обнаружена часть мостовидного протеза, который и явился причиной очага воспаления, которое привело (в результате несвоевременного обращения) к летальному исходу.

Нарушены ли юридические нормы обслуживания пациента в данном случае. Нет, потому что врач-ортопед не имеет права рекомендовать лечебные процедуры, которые находятся вне сферы его профессиональной компетенции, он не хирург и не терапевт. Следовательно, правовой ответственности за сделанную рекомендацию не несет. Но с другой стороны, он мог предположить пессимистическое развитие ситуации и посоветовать больному обратиться к врачу-терапевту или врачу-хирургу, чего сделано не было. А это уже в сфере этической ответственности. Поэтому можно рассматривать как небрежность или злой умысел те клинические случаи, когда врачи одного профиля, выполнив объем своих мероприятий, не направляют на консультацию и лечение к другому специалисту.

Оказание помощи, которая приносит вред пациенту, так как оказывается врачом не по профилю его специальности, можно продемонстрировать на клиническом примере.

Пример. Ребенок 12 лет во время игры в хоккей получил травму челюстно-лицевой области, в результате которой произошел полный вывих двух резцов верхней челюсти. Обратились к врачу-травматологу поликлиники по месту жительства, так как в специализированной стоматологической поликлинике был выходной день. Врач обработал рану, наложил шов на верхнюю губу. Зубы, которые пациент принес с собой... выбросил вместе с мусором.

Подобные действия врача можно считать неквалифицированными, так как зубы в данном случае можно было реимплантировать либо направить ребенка к специалисту, который мог бы оказать квалифицированную помощь даже через некоторое время.

Примером вреда, вызванного небрежностью, может быть недобросовестное отношение к стерилизации инструментария, что нередко приводит к инфицированию пациента. Сюда же можно отнести случаи неумышленного вреда, которые не связаны напрямую с медицинской помощью, но когда вред причинен именно в кабинете врача.

Пример. На консультативном приеме врачом-педиатром в присутствии обоих родителей было высказано предположение, что патология у ребенка носит наследственный характер. Клинически данная патология у родителей не отмечена, что вызвало у отца некоторое недоумение.

Дестабилизация семейных отношений в данном случае может рассматриваться как вред, но вред этот неумышленный, случайный, и вряд ли врачу можно предъявить здесь претензии — в своей профессиональной

деятельности он никаких принципов не нарушил. Но с другой стороны, отношение к нему как невольному виновнику семейного конфликта изменилось, что не может не нанести урон его практике.

В случае нанесения вреда, который неизбежен, можно смело утверждать, что врач всегда вынужден причинять вред пациенту, хотя бы потому, что любое вмешательство в организм — это психологическая травма. Данное утверждение основывается на общем принципе этики: *добро всегда есть зло*. То, что хорошо для одного человека (органа, части тела), плохо для другого. Поэтому *в медицине вообще принято всегда действовать по принципу не наибольшей пользы, а наименьшего зла.*

Разумеется, нанесение вреда медицинскими работниками является предметом не только этической, но и юридической оценки. Как эти оценки соотносятся? Главный законодательный документ в области охраны здоровья — Закон № 323-ФЗ — не предусматривает дифференциацию ответственности за различные виды вреда, которые могут нанести медицинские работники пациентам, кроме вреда, нанесенного противоправными действиями. Дисциплинарная, административная и уголовная ответственность, на которую указывают юридические акты, определяется по факту нанесения вреда, но здесь существует вариант ухода от этой ответственности как раз из-за несогласованности правовых и этических нормативов.

Дело в том, что классификация вреда проводится первоначально в этическом поле. А здесь, как мы уже указали, существует такое понятие, как вред, нанесенный по необходимости. В принципе, корпоративная этика всегда позволяет коллегам оценить нанесенный их товарищем вред именно так. Но в этом случае правовая оценка уже не дается, предмет рассмотрения выводится из правового поля. Следовательно, предметом интереса в праве является вред здоровью как *результат* определенных действий. Причины и субъекты этих действий не персонифицируются и не идентифицируются. Предметом интереса в биоэтике является вред как *непосредственное действие, совершенное медицинским работником на основании определенных мотивов*. Этическая классификация вреда может быть полезна при правовой оценке, но там она имеет смысл только тогда, когда нанесение вреда является юридически установленным фактом.

Остается вопрос: *кто оценивает?* Ведь с точки зрения пациента разновидностей вреда может быть гораздо больше, чем с точки зрения врача. Дело в том, что каждый человек имеет сугубо индивидуальные ресурсы — психические, физиологические, моральные, материальные, интеллектуальные и т.д. Парадокс здесь состоит в том, что больной может быть не заинтересован в конфиденциальности информации о своей болезни, которую обязан соблюдать врач. Пациент также может иметь от-

личные от врача представления об эстетической стороне лечения. Известен случай, когда пациентка обратилась к врачу-ортопеду с жалобой на то, что выполненный им протез настолько хорошо имитирует естественные зубы, что «никто не верит, что я была у стоматолога». Поэтому принцип непанесения вреда тесно связан с принципом «делай добро».

ПРИНЦИП ВТОРОЙ: «ДЕЛАЙ ДОБРО»

Добро — это основная моральная ценность, нравственная ценность сама по себе. Добро не является ни «добром по отношению к чему-то» (ошибка утилитаризма), ни «добром для кого-нибудь» (ошибка эвдемонизма). Оно не есть, как это иногда упоминают в теории права, «высшее благо». Другими словами, добро не есть нечто компаративное, оно суть простая позитивность. Человек поэтому (впрочем, как и государство, народ, любая социальная группа) не является ни добрым, ни злым, его этическая сущность состоит, скорее, в том, чтобы быть одинаково способным на добро и зло. Если бы это было не так, отпала бы необходимость и в морали, и в праве.

Что есть добро в биоэтике? Очевидно, что в контексте модели медицины Парацельса принцип «делай добро» выступает как системообразующий. Он интерпретируется как нечто большее, чем непанесение вреда, а именно — как его предупреждение. Принцип «делай добро» предполагает активные действия по предотвращению вреда. И в этом смысле показательной является профилактическая медицина. Здесь даже не нужно приводить примеры, поскольку все превентивные меры в медицинской практике, направленные на предотвращение заболевания, можно оценивать в контексте данного принципа. Но и в других отраслях здравоохранения мы постоянно имеем дело с применением этого принципа. Вот типичный пример.

Пример. Врач-стоматолог, осматривая пациента, задает ему вопрос: «Кто же вас так плохо лечил?» При этом указывает, что все, что сделано, нужно немедленно переделать и только он в состоянии вылечить правильно и хорошо. Советует обратиться в суд и потребовать от ранее лечившего врача компенсации за материальный и моральный ущерб.

Такую активную позицию можно трактовать как следование принципу «делай добро», ведь врач явно превысил объем помощи, которую ждал от него пациент, указав не только на предмет непосредственного обращения, но и на возможные последствия от предыдущего лечения. Но действительно ли такая позиция является добром для пациента?

Ведь она заставляет его волноваться, жалеть о напрасно потраченных средствах, ставит перед моральным выбором: обращаться в суд или оставить все как есть. Ведь сам пациент не догадывался о плохом качестве предыдущего лечения и не имел претензий к тому, кто обслуживал его раньше. Следовательно, о добре в данном случае говорить трудно. Кроме того, врач нарушает правила корпоративной этики, обсуждая с пациентом неправильные действия своего коллеги. Более того, такая позиция противоречит и более общим принципам, заложенным еще в Женевской декларации (международной клятве врачей).

С другой стороны, имеет ли право врач не обратить внимание пациента на имеющиеся проблемы в полости рта? Врач должен сообщить пациенту о всех дефектах, но может не указывать их причину, либо указать ее в такой форме, которая не предусматривает ссылку на предыдущее лечение.

И наконец, если мы обратимся к мотивам такого поведения, то увидим, что врач вовсе не руководствовался принципом «делай добро», а использовал его как средство достижения других целей — повышения своего авторитета в глазах пациента, получения в результате дополнительных доходов, а это уже внеморальные мотивы.

Однако остается проблема: что должен делать врач, обнаруживший некачественную работу своего коллеги? Если он руководствуется указанным принципом, то должен воспрепятствовать повторению врачебных ошибок и некомпетентного исполнения профессиональных обязанностей. Как? Существуют варианты обсуждения данной ошибки а) на заседании профессиональной ассоциации; б) в комитете по этике; в) в административных органах здравоохранения. В любом случае ошибку нужно обсудить и дать ей моральную оценку.

К сожалению, вопрос о соотношении добра и зла, риска и пользы в медицине возможно решать в основном в пределах этической компетенции участников взаимодействия. Апелляция к законодательству неэффективна, потому что неэффективно в этом отношении оно само. Вероятно, это объясняется методологическими трудностями адаптации понятия «добро» в праве — не юридический это термин. Тем более что на уровне законодательства вопрос представляется неразрешимым.

И все-таки успешные попытки его решения есть. В отечественном законодательстве мы имеем Федеральный закон от 17 сентября 1998 г. № 157-ФЗ «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней» (в редакции 2013 г.). Первоначальное знакомство с Законом вызывает мысль о том, что нарушаются права человека. Прививки обязательны. Без них нельзя покинуть страну. Имеется жесткий национальный календарь прививок против болезней, которые перечислены в законе:

«Статья 5. **Права и обязанности граждан при осуществлении иммунопрофилактики**

<...>

2. Отсутствие профилактических прививок влечет:

- запрет для граждан на выезд в страны, пребывание в которых в соответствии с международными медико-санитарными правилами либо международными договорами Российской Федерации требует конкретных профилактических прививок;
- временный отказ в приеме граждан в образовательные организации и оздоровительные учреждения в случае возникновения массовых инфекционных заболеваний или при угрозе возникновения эпидемий;
- отказ в приеме граждан на работы или отстранение граждан от работ, выполнение которых связано с высоким риском заболевания инфекционными болезнями».

Разумеется, указано, что человек может отказаться от прививки, но отказ должен быть оформлен письменно.

На самом деле Закон как раз поддерживает этический принцип «делай добро» — по содержанию. Но методы, которыми предлагается творить это добро, не этические, а юридические. Они формализованы и систематизированы по принципу «предписание — проступок — наказание».

Из этого примера видно, что формализация идеи добра может принять недобрую форму. А это значит, что принцип «делай добро», действительно, по сути своей этический, а не юридический. Право вообще не декларативно, следовательно, и принцип добра оно не декларирует. Оно регламентирует действия, способные причинить добро или зло.

ПРИНЦИП ТРЕТИЙ: «ПРИНЦИП СПРАВЕДЛИВОСТИ»

Справедливость — важнейшая философская и общественная проблема, имеющая особое значение как для теории морали, так и для теории государства и права, причем значение это возрастает в наши дни в связи а) с социальными реформами, обусловливающими изменение представлений о справедливости в области здравоохранения и б) с распространением новых биомедицинских технологий, открывающих новые аспекты трактовки понятия «справедливость», пока не получившие правовой оценки.

Справедливость — идеал жизни общества и, следовательно, всех его институтов. Широкое согласие по вопросу справедливости — признак здоровья общества и государства, одно из условий нормального функционирования всех его подсистем, включая здравоохранение.

Справедливость — это и критерий оценки всех политических и государственно-правовых явлений, хотя, разумеется, не единственный, ибо реальные социально-экономические обстоятельства диктуют свои требования и ограничивают применение принципов справедливости, выступают по отношению к ним как необходимость.

Принцип справедливости вообще носит настолько общий характер, что его приходится уточнять и конкретизировать в каждом отдельном случае. При этом следует различать как справедливость в распределении врачебной помощи, так и справедливость в оплате ее, справедливость в моральном смысле и в правовом, в эстетическом и в политическом. Реализация на практике принципа справедливости связана не только с существующими в данной культуре критериями, но также с тем, по отношению к кому реализуется данный принцип, кто его реализует, с их возможностями и желаниями.

Пример. Врач обязан оказать помощь пациенту, несмотря на материальные затраты. Здесь остро встает проблема оплаты. Врач готов оказать помощь безвозмездно. И это является справедливым по отношению к пациенту. Однако, затратив часть медикаментов, врач нанес ущерб клинике. Кроме того, в работе врача принимает активное участие коллектив клиники. Врач, являясь основным источником материальной прибыли клиники, несет ответственность за финансовое благополучие вспомогательного персонала. Поэтому по отношению к сотрудникам, обеспечивающих его работу, он поступил несправедливо, оставив их без заработной платы. Кроме того, сам врач обязан в таком случае возместить клинике затраты за израсходованные материалы.

Но если в проблеме оплаты лечения принцип справедливости можно, как говорится, просчитать, то в клинической практике он порой неочевиден и требуется дополнительное обсуждение, чтобы выяснить, не нарушены ли моральные нормы. Приведем, казалось бы, не относящийся к данному вопросу пример.

Пример. На клинических занятиях со студентами профессор консультировал ребенка семи лет со сложной врожденной патологией. Во время консультации мама попросила, чтобы студенты вышли из кабинета, так как она не желает, чтобы патологию ее ребенка им демонстрировали. Профессор объяснил, что это врачи-ординаторы, которым небезразлична данная ситуация, и они в дальнейшем будут лечить детей с аналогичной патологией. Мама была не удовлетворена объяснением, обиделась, забрала ребенка, высказав соображение, что желает лечиться в частной клинике, где ее ребенка не будут демонстрировать окружающим. Через несколько лет эта пациентка вновь обратилась в клинику, но с более тяжелой патологией, так как лечение ее ребенка проводилось не на должном профессиональном уровне, хотя в более комфортных условиях.

Был ли нарушен в данном случае принцип справедливости по отношению к маленькому пациенту? Ведь если понимать его примитивно, он

предполагает одинаковые условия для всех пациентов, следовательно, все они должны были бы демонстрироваться в клинике врачам-ординаторам, но этого не происходило. Однако такой подход — это не справедливость, а банальная уравниловка. Здесь, видимо, принцип справедливости должен пониматься как доступность квалифицированной помощи всем пациентам, страдающим подобной патологией. Эта доступность обеспечивается наличием необходимого числа профессионалов, которых как раз и готовят в клинике, в том числе разбирая с ними конкретные случаи. Отказ врачам-ординаторам в знакомстве с данной патологией и способами ее лечения, таким образом, объективно нарушает принцип справедливости. Но виноват ли в этом профессор? Очевидно нет, поскольку он руководствовался принципом уважения автономии пациента и вытекающими из него принципами информированного согласия и конфиденциальности.

Здесь очевидна иерархия принципов биоэтики в их конкретном применении: отношение к реальному пациенту более значимо для врача, чем отношение к вероятным пациентам. Действительно, в практике врачей-ординаторов, возможно, никогда не встретится данная патология и, следовательно, нарушение принципа справедливости не обнаружится. Или они смогут наблюдать подобный случай с другим пациентом, когда им не будет отказано в демонстрации. Кроме того, здесь не может идти речь и о нанесении неумышленного вреда — ведь профессор не предполагал, что в частной клинике патология ребенка только усугубится. Но даже если и предполагал, то, согласно тому же принципу справедливости, не мог выдвигать необоснованные предположения о некомпетентности своих коллег.

Большую трудность для анализа обычно представляют случаи с рекомендациями врача. В принципе, врач обязан (согласно закону) информировать пациента обо всех возможных методах лечения его болезни и обо всех возможных лекарственных средствах, которые могут ему помочь. Но выбирает всегда пациент. А если пациент просит врача сделать выбор за него? Врач может порекомендовать дорогое патентованное средство, которое весьма эффективно для лечения, но пациенту явно «не по карману». Справедливо ли это? С медицинской точки зрения — да, с этической — нет, потому что у пациента развивается комплекс неполноценности, более того, он не уверен, что доступные ему средства помогут (в результате чего снижается их эффективность). В данном случае закон как высшая справедливость не нарушен. Больной проинформирован, он решает сам, но это вынужденное решение, которое не приносит пользы. Не будет ли более справедливым по отношению к пациенту посоветовать ему то, что он в состоянии купить в аптеке? Здесь весьма

отчетливо выступает этическая составляющая понятия справедливости, не описываемая законом. Более того, право как таковое не может быть конкретизировано до уровня таких случаев. А это значит, что принцип справедливости в биоэтике выступает логическим продолжением и конкретизацией права.

ПРИНЦИП ЧЕТВЕРТЫЙ: «ПРИНЦИП УВАЖЕНИЯ АВТОНОМИИ ПАЦИЕНТА»

Со времен Канта автономия была важным понятием в философии. Как термин с длинной историей она объяснялась, развивалась и интерпретировалась многими авторами. Не удивительно, что с течением времени автономия стала понятием, относящимся ко многим областям знания, а ее смысл стал поливариантным (разумность, свобода, независимость, самоопределение и т.п.). В философии и этике понятия автономии и свободы все еще очень близко связаны. В медицинской этике термин «автономия» обычно относился к правильному самоопределению, к невмешательству (или отрицательной свободе), хотя доводы и соображения, связанные с положительной свободой, упоминались также часто.

В философских теориях автономии акцент делается на внутреннюю (положительную) свободу, при этом различают автономию как *способность*, автономию как *действительное состояние*, как *идеальный характер* и автономию как *право* к наивысшему влиянию.

Согласно первому значению, автономия — это способность к самоуправлению, которая зависит от умения делать рациональный выбор. Эта способность понимается как действительное состояние самоуправления. Автономия как идеальная особенность состоит из определенного сочетания достоинств, которые определяют действительное состояние автономии.

Свобода, которая может быть отождествлена с автономией в широком смысле, необходима для жизни. «Жизнь» относится не к биологическому представлению живого, а к биографическому представлению проведения жизни. Принимать решения и вести себя в соответствии с ними — это то, что определяет человеческую жизнь. Тот, кто полностью зависим, у кого нет вообще свободы — ни в действиях, ни в мыслях, — не может прожить жизнь в таком смысле, с точки зрения философии он не является субъектом жизни. Люди придают своей жизни форму и значение, потому что обладают автономией.

Наконец, проявление автономии — это то, что делает жизнь человека *его собственной*. Понятие автономии дает нам право выражать наше ува-

жение человеку и различным человеческим способностям, и это фундамент наших нравственных отношениях с другими. Ценности, которые мы ассоциировали с автономией как со способностью и состоянием, тесно связаны с нашим идеальным представлениям о том, что значит быть личностью, и нашими взглядами на смысл жизни. Автономия — это уникальное качество человека, одна из способностей, которая отличает именно человека.

Принцип уважения автономии пациента в медицине соблюдать труднее всего. Он заключается в том, что пациент сам должен дать согласие на лечение, причем оно должно быть информированным, т.е. врач должен предложить больному все варианты помощи, которую он может оказать с обоснованием и прогнозом последствий. Само по себе это бывает проблематично, да и пациенты часто руководствуются соображениями немедицинского характера в выборе варианта лечения.

Врач, использующий патерналистскую модель во взаимоотношениях с пациентом, не будет сообщать ему разные варианты лечения, а сообщит только один, который считает наилучшим. Но при коллегиальной модели, в которой наиболее полно реализуется принцип уважения автономии пациента, необходимо, чтобы получить от пациента согласие на оптимальный вариант, учитывать его отношение к своей внешности, наличие фобий, сравнительную стоимость лечения и т.п. Соотнеся ситуацию с личностью пациента и его ценностными установками, врач, не нарушая принципа уважения автономии, может убедить пациента принять оптимальную стратегию лечения.

Проблема состоит в том, что неразумное следование принципу уважения автономии пациента может привести... к нарушению принципа ненанесения вреда. Приведем характерный пример.

Пример. Пациент 49 лет обратился в клинику с просьбой устранить дефекты зубов и зубных рядов современными несъемными эстетическими конструкциями. После осмотра врач-стоматолог объяснил, что для изготовления выбранной им конструкции имеются абсолютные противопоказания, а именно: патология прикуса (глубокий травмирующий), заболевание тканей пародонта, патологическая подвижность зубов. Предложил изготовить съемные шинирующие конструкции. Пациент, ссылаясь на нежелание пользоваться съемной конструкцией, настаивал на изготовлении несъемной, поясняя, что он платит деньги и врач обязан выполнить его требования. Врач-стоматолог сделал соответствующие записи в амбулаторной карте, составил договор, в котором пациент расписался, что ознакомлен с осложнениями, которые могут быть впоследствии. Врач изготовил заказанную конструкцию вопреки медицинским показаниям.

В данном случае полностью соблюден принцип уважения автономии пациента. В результате нанесен вред пациенту. Юридически врач застра-

хован от последствий, поскольку получил расписку пациента. Информированное согласие тоже оформлено по всем правилам. Но пациент будет страдать, и врач это знает. Несет ли он моральную ответственность? Какой принцип взаимоотношений с пациентом выбрать, если они приходят в противоречие?

Согласование этических принципов в данном случае могло бы быть достигнуто, если бы врач отказался изготавливать конструкцию, которая принесет вред пациенту. Тот мог обратиться к другому врачу. В данном случае речь не шла об оказании медицинской помощи по жизненным показаниям, и следовательно, отказ врача не попадал под юрисдикцию закона.

С другой стороны, отказ в помощи тоже может быть рассмотрен в этическом аспекте, и врач может быть подвергнут моральному осуждению. Это в свою очередь может повлечь потерю клиентуры и снижение доходов. Очевидно, в данной ситуации или подобной ей необходимо использовать все морально оправданные методы воздействия на пациента, а если они не помогут, руководствоваться более сильным принципом — в нашем случае это принцип «не навреди». Все это делает для врача соблюдение принципа уважения автономии пациента достаточно сложным.

Исследования показывают, что представления об автономии пациента в медицинской практике носят противоречивый характер. Врачи и медицинские сестры признают право пациентов на автономию, более того, соблюдают определенные правила поведения, соответствующие уважению принципа автономии. Однако эти представления не имеют правовой основы. Признание автономии в больничной практике связано не с законодательным обеспечением прав пациента, и даже не с этическим принципом, а скорее с *этикетом*. Это создает опасность непоследовательного поведения по отношению к пациенту.

С другой стороны, у медперсонала нет мотива к содержательной интерпретации принципа автономии как принципа уважения и защиты прав пациента. Это связано с тем, что 1) медицинская компетентность пациентов в глазах медработников является низкой; б) правовая компетентность самих медицинских работников является низкой и в) правовая компетентность пациентов ниже, чем их медицинская компетентность.

Но самой главной причиной поверхностного отношения к принципу уважения автономии пациента является то, что не определен социальный субъект защиты права на автономию. Он не определен в том смысле, что таковым может являться кто угодно: сам пациент, медицинские работники, администрация медицинского учреждения, социальные

работники, этический комитет и т.д. Субъектом защиты права на автономию не могут являться правоохранительные органы, поскольку оно не оформлено законодательно. По сути дела все законы, посвященные защите прав пациента, имеют в своей основе постулат уважения автономии. Но этот постулат дефрагментируется в отдельных правовых актах, отдельных статьях законов. У нас нет юридического обоснования права на автономию в медицинской практике. Хотя есть ст. 6 в Законе № 323-ФЗ, где частично обосновывается право на автономию, но обеспечение этой автономии связывается не с позицией самого пациента, а с государственными гарантиями, которые просто перечислены:

«Статья 6. **Приоритет интересов пациента при оказании медицинской помощи**

1. Приоритет интересов пациента при оказании медицинской помощи реализуется путем:

1) соблюдения этических и моральных норм, а также уважительного и гуманного отношения со стороны медицинских работников и иных работников медицинской организации;
2) оказания медицинской помощи пациенту с учетом его физического состояния и с соблюдением по возможности культурных и религиозных традиций пациента;
3) обеспечения ухода при оказании медицинской помощи;
4) организации оказания медицинской помощи пациенту с учетом рационального использования его времени;
5) установления требований к проектированию и размещению медицинских организаций с учетом соблюдения санитарно-гигиенических норм и обеспечения комфортных условий пребывания пациентов в медицинских организациях;
6) создания условий, обеспечивающих возможность посещения пациента и пребывания родственников с ним в медицинской организации с учетом состояния пациента, соблюдения противоэпидемического режима и интересов иных лиц, работающих и (или) находящихся в медицинской организации.

2. В целях реализации принципа приоритета интересов пациента при оказании медицинской помощи органы государственной власти Российской Федерации, органы государственной власти субъектов Российской Федерации, органы местного самоуправления, осуществляющие полномочия в сфере охраны здоровья, и медицинские организации в пределах своей компетенции взаимодействуют с общественными объединениями, иными некоммерческими организациями, осуществляющими свою деятельность в сфере охраны здоровья».

Основной причиной неразработанности принципа уважения автономии личности в праве является то, что не решен основной вопрос: является ли тело (организм) человека его собственностью? Если да, то отношение к нему регламентируется законами об отношении к собственности. Если нет, то требуются специальные законодательные акты в этой области. Подробно обсудить эту проблему можно в дискуссии на практических занятиях по биоэтике.

***

Все сказанное о принципах биоэтики — это лишь одна сторона взаимоотношений в медицине, когда врач выступает как субъект действия, а пациент — как объект этого действия. Такая позиция типична как для отечественной, так и для мировой биоэтики, но она недостаточна для понимания ее принципов. Дело в том, что отношения «врач — пациент» или «медицинский работник — пациент» — двухсторонние! Пациент здесь также выступает субъектом действия, а врач — объектом. Следовательно, нельзя понять принципы биоэтики, не рассмотрев их действие в отношении медицинских работников как *объектов* морального влияния, а не только как его *субъектов*. Но тогда получится, что мы должны будем интерпретировать принцип «не навреди» как норму отношения пациента к врачу! Можно ли говорить о вреде, который пациенты наносят медицинским работникам?

Далее. Принцип справедливости в данном контексте может пониматься как такое отношение пациентов к врачам, при котором их труд достойно оценен и нет дискриминации по сравнению с отношением пациентов к другим людям.

Принцип «делай добро» в данном плане вообще может быть понят несколько двусмысленно и у неподготовленного в этическом плане человека зародить мысль о необходимости выражения какой-то особой благодарности врачу, хотя истинный смысл здесь простой — пациент должен помогать врачу в лечении. Например, быть комплаентным и т.п.

А вот принцип уважения автономии должен действовать однозначно: врач имеет право на автономию, на персональные решения и индивидуальные действия. И здесь возникает одна из основных проблем биомедицинской этики — проблема конфликта интересов врача и пациента. В этой ситуации автономия каждого из них ограничена автономией другого. Разумеется, в этом случае пациент может сменить врача, а врач — отказаться от пациента в тех рамках, которые предписаны Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Но это не выход. Как же быть? На этот вопрос как раз отвечает прикладная биоэтика, в которой каждый подобный случай разбирается в контексте принципа уважения автономии.

Очевидно, что в зависимости от того, как распределяются роли в диаде *«врач — пациент»* согласно избранной модели врачевания, будет избрана стратегия применения того или иного принципа, но это — предмет прикладной этики, поэтому обсуждаться данные случаи будут на практических занятиях.

Вопросы для самопроверки

1. Чем различаются законы науки и принципы этики? Как они связаны?
2. Принцип «не навреди» известен с времен Гиппократа. Какое новое содержание он получил в биоэтике?
3. Врач причинил вред пациенту, но не несет за это моральную и (или) юридическую ответственность. В каких случаях это возможно?
4. Какие бывают разновидности вреда в биоэтике?
5. Как различаются понятия вреда в биоэтике и юриспруденции?
6. Почему в медицинской этике закрепился принцип Гиппократа «не навреди», а не принцип Парацельса «делай добро»? Чем вызвано внимание к принципу Парацельса в биоэтике?
7. Что такое добро?
8. Как соотносятся понятия «справедливость» и «равенство»?
9. Какими социальными событиями вызвано утверждение в биоэтике принципа уважения автономии пациента?
10. Как соотносятся понятия «автономия личности» и «свобода личности»?

Задания для закрепления материала

1. Интерпретируйте следующий пример.

   В отделение для ВИЧ-инфицированных поступила пациентка 25 лет, на рентгенограмме легких были обнаружены полости распада. Врачом заподозрен туберкулез и назначена консультация фтизиатра, который не подтвердил диагноз, поскольку бактерии Коха не были выделены из мокроты. Пациентка не была переведена в тубдиспансер и соответственно не получала противотуберкулезные препараты в полном объеме. Фтизиатр, выступая против перевода пациентки из инфекционной больницы в тубдиспансер, руководствовался принципом «не навреди!», справедливо полагая, что если у пациентки не было туберкулеза, то после лечения в тубдиспансере шанс инфицирования очень высокий, а при подтвержденном диагнозе «ВИЧ-инфекция» развитие туберкулеза, как правило, фатально. Спустя некоторое время состояние пациентки ухудшилось, на рентгенограмме — диссеминация процесса. Пациентка переведена в тубдиспансер.

   Какой вид вреда пытался исключить фтизиатр? И какой вид вреда был реально нанесен пациентке?

2. Рассмотрите следующий случай.

   В диагностическое отделение инфекционной больницы поступила пациентка 17 лет. На основании клинической картины и лабораторных данных был поставлен диагноз «инфекционный мононуклеоз». В биохимическом анализе крови — повышены АЛТ, АСТ, что свидетельствовало о развившемся гепатите. Врач информирует пациентку о диагнозе, употребляя среди прочих медицинских терминов и термин «гепатит». Пациентка воспринимает сказанное как приговор, поскольку в ее понимании «ге-

патит – неизлечимое, угрожающее жизни состояние, страшное заболевание, передающееся половым путем или через плохо стерилизованные медицинские инструменты». Девушка не знает, что многие инфекционные заболевания сопровождаются гепатитом. Пациентка нервничает, задает медицинскому персоналу много вопросов, но в конечном счете так и не может преодолеть свои страхи. Спустя некоторое время состоянием здоровья дочери у врача интересуется мать пациентки. В ходе беседы она требует прокомментировать заявление врача о наличии гепатита у ребенка. Врач внушает матери уверенность в том, что биохимические показатели скоро нормализуются, разъясняет, что гепатит – лишь проявление инфекционного мононуклеоза, атипичное течение которого всегда сопровождается гепатитом. Мать пациентки понимает необоснованность страхов дочери, но вместе с тем обращает внимание врачей на необходимость учитывать в общении индивидуальные особенности пациентов. Она просит не употреблять слово «гепатит» в беседах с ее ребенком. В ходе обмена мнениями был найден консенсус. Врач предложил использовать психологически более комфортное выражение – «печеночные показатели изменены». Коррекция в общении стабилизировала психологический статус пациентки и способствовала выздоровлению.

Проанализируйте действия врача с точки зрения применения принципов биоэтики: какие принципы применялись и (или) какие были нарушены?

3. Прокомментируйте следующий случай.

Молодая девушка в возрасте 18 лет поступает в больницу с подозрением на аппендицит, ее сопровождает отец. Пациентку осматривают терапевт и хирург, от осмотра гинеколога она отказывается под давлением отца, который считает, что в этом нет необходимости. Пациентке была проведена операция по поводу удаления аппендицита. Через сутки у нее поднимается высокая температура, развивается пельвеоперитонит, в результате которого пациентка погибает. По заключению патологоанатома, у пациентки был пиосальпингс, заболевание могло быть обнаружено при гинекологическом осмотре, от которого она категорически отказалась по настоянию отца. Таким образом, вмешательство было проведено не по поводу основного заболевания, что и привело к смерти пациентки. Отец обратился с жалобой в суд, обвиняя врачей в неквалифицированных действиях.

Можно ли сказать, что в данном случае был нанесен вред неквалифицированными действиями? Было ли нарушение принципов биоэтики со стороны врача? Были ли этические нарушения со стороны отца пациентки?

Глава 6

ПРАВИЛО ИНФОРМИРОВАННОГО СОГЛАСИЯ

Ключевые понятия темы: информация, согласие, стандарты информированного согласия, компетенция, стандарты компетентности.

Принцип уважения автономии пациента — сравнительно новый для моральной регуляции в медицине, поэтому нуждается в подробном рассмотрении. Он включает в себя два правила (иногда их ошибочно тоже называют принципами, но это именно правила). Первое — *правило информированного согласия*. Второе — *правило конфиденциальности*. Только их реализация на практике позволяет адекватно учитывать волеизъявления пациента, соблюдать его права.

ИСТОРИЯ ФОРМИРОВАНИЯ И ПРИМЕНЕНИЯ ПРАВИЛА ИНФОРМИРОВАННОГО СОГЛАСИЯ

Осуществление разных подходов к лечению в зависимости от жизненных планов является одним из противоречивых моментов в медицине XX и XXI вв. Вначале было лишь одно требование: чтобы пациент был согласен на лечение. В 1914 году появляется новое мнение о том, что: «Каждый человек, будучи взрослым и в полном здравии, имеет право на определение и выбор мер по отношению к его собственному телу».

В XX веке центром движения за права пациентов явилась больница, символизирующая всю современную медицину с ее разветвленностью, насыщенной разнообразной аппаратурой, повышенной уязвимостью пациента. Но впервые проблема права пациента на информацию и принятие решения по поводу своего лечения стала активно рассматриваться в США и западноевропейских странах, а не в России.

Американская ассоциация больниц стала активно обсуждать вопросы прав пациентов и одобрила Билль о правах в конце 1972 г. Право пациентов на автономию впервые получило официальное признание.

Среди прав пациента, принятых Американской ассоциацией больниц, было сформулировано и право на информацию, необходимую для согласия на лечение. Добровольное согласие — принципиально важный момент в процессе принятия медицинского решения.

Пример. Причиной появления Билля о правах пациентов были два случая, информация о которых просочилась в прессу и вызвала большой резонанс в обществе. Первый случай касался испытаний нового препарата по борьбе с пневмонией. Клинические испытания проводились на военнослужащих. Их заражали пневмонией, а затем лечили при помощи нового препарата. Военнослужащие – зависимые люди, они подчиняются одному приказу – приказу старшего офицера, поэтому данную ситуацию можно было рассматривать как принуждение к действиям, связанным с риском для жизни.

Второй случай произошел в американских тюрьмах, где заключенных заражали сифилисом, а затем пролечивали новым препаратом, проходившим клинические испытания. Здесь зависимость испытуемых вообще была очевидна – в качестве поощрения им смягчали наказание.

Впоследствии выяснилось, что даже известнейший ученый Хосе Дельгадо проводил испытания средств подавления центра агрессии в мозгу на заключенных, ожидавших смертной казни. После испытаний им заменяли ее на пожизненное заключение.

Таким образом, идея информированного согласия родилась из попыток защитить испытуемых при проведении клинических испытаний, а затем распространилась и на больничную практику.

Добровольность информированного согласия подразумевает неприменение со стороны врачей принуждения, обмана, угроз и т.п. при принятии пациентом решений. Здесь можно говорить о расширении сферы применения морали, моральных оценок и требований по отношению к медицинской практике. Правда, пусть жестокая, сегодня получает приоритет в медицине. Врачу вменяется в обязанность быть более честным со своими пациентами.

Под информированным согласием стали понимать добровольное принятие пациентом курса лечения или терапевтической процедуры после предоставления врачом адекватной информации.

СУЩНОСТЬ И ФУНКЦИИ ДОКТРИНЫ ИНФОРМИРОВАННОГО СОГЛАСИЯ

Доктрина информированного согласия — это продукт не только медицинской этики. Она развивалась в рамках закона и медицинской практики, так же как и в медицинской этике, и ее развитие стимулировалось историческими событиями и социальными изменениями, направлялось

юридическими и практическими соображениями, социальными движениями (такими как движение за гражданские права и движение за права пациентов), этической и философской теорией. Информированное согласие — это и юридическая доктрина, и этическая концепция, и клиническая практика, поэтому не удивительно, что обзор литературы по информированному согласию и соответствующим проблемам показывает вновь возникшее напряжение между тем, что является нравственно желательным, что юридически требуется и что является выполнимым в клинической практике. Часто эти аспекты так переплетаются, что их трудно отделить.

В рамках медицинской этики информированное согласие прежде всего рассматривается как важное средство для достижения автономии пациента или самоопределения. Согласно другой точке зрения, сама попытка обеспечить согласие — это выражение уважения к автономии пациента. Теория информированного согласия, как полагают, находит свое наиболее важное оправдание в автономии пациента или самоопределении, хотя некоторые авторы считают благодеяние или здоровье пациента одинаково важным принципом в оправдании информированного согласия. Эти авторы заявляют, что информированное согласие способствует здоровью пациентов, так как позволяет пациентам принимать их собственные решения, а возможность принимать собственные решения способствует выздоровлению[4]. Помимо защиты автономии пациентов и содействия их здоровью часто упоминаются некоторые другие функции или эффекты информированного согласия, такие как помощь в рациональном принятии решения, стимулирование самокритики среди врачей, защита предметов исследования и сокращение медикализации.

СТРУКТУРА ИНФОРМИРОВАННОГО СОГЛАСИЯ

Если определить информированное согласие как автономное разрешение на медицинское вмешательство, то основными его элементами будут стремление, понимание и добровольность. При этом явно прослеживаются два этапа:

1) предоставление информации;
2) получение согласия.

На первом этапе врачу вменяется в обязанность информировать пациента о следующем (схема 10).

---

[4] Как мы видели, это один из аргументов, используемый для объяснения ценности права на автономию вообще.



Схема 10. Содержание информации для пациента

С этой точки зрения понятие альтернативы предложенному лечению считается центральным в идее информированного согласия. Врач даст совет о наиболее приемлемом с медицинской точки зрения варианте, но окончательное решение принимает пациент исходя из своего жизненного опыта, доверия к врачу, просвещенности в медицинских вопросах. Таким образом, доктор относится к пациенту как к цели, а не как к средству для достижения другой цели, пусть это будет даже здоровье.

В западной медицине особое внимание при информировании уделяется риску, связанному с лечением. По сути дела риск для пациента — это и риск для врача. Но не это главное, поскольку избежать риска — это значит не навредить, т.е. выполнить основной принцип лечения. Поэтому в информации для пациента врач должен затронуть четыре аспекта риска: *его характер, его серьезность, вероятность его появления и фактор внезапности осложнений или побочных эффектов.* В некоторых штатах Америки даже законодательные акты содержат перечни риска, о котором врач должен информировать пациента.

Но одновременно с этим встает вопрос о количестве и качестве предоставляемой пациенту информации. Нормативных документов по этому вопросу нет. Поэтому в биоэтике принято обращение к так называемым стандартам понимания. Что это такое?

СТАНДАРТЫ ПОНИМАНИЯ

Чтобы действие было реально автономным, требуется только реальное понимание (в противоположность полному пониманию). Это означает, что пациент должен понять и факт, что он дает разрешение, и всю материальную информацию, имеющую отношение к лечению или процедуре, которую он разрешает. Какая информация является материальной, зависит от оценки человека, дающего разрешение: если он думает, что некоторая информация важна для его рассмотрения, то это она. Поэтому стандарт, используемый здесь, чтобы установить качество и количество информации, необходимой для достижения реального понимания, является *субъективным*. Теоретически не важно, как достигается это реальное понимание. Практически пациент будет достигать понимания через информацию, которая раскрыта ему врачом, для истинного информированного согласия важна не раскрытая информация, а степень достигнутого понимания. Однако в юридической и клинической практике (и также в разной этической литературе по информированному согласию) раскрытие информации отделено от понимания.

Пример. Можно вспомнить рассказ М. Булгакова «Тьма египетская» из сборника «Записки юного врача», где автор описывает случай с пациентом – мельником, который произвел на него самое благоприятное впечатление своей интеллигентностью и рассудительностью. Поговорив о его болезни и будучи уверен в том, что такой пациент уж точно все понял, молодой врач выписал ему лекарство – 10 порошков хинина. Этим же вечером интеллигентный мельник выпил все порошки разом, его едва удалось спасти.

«– Объясни мне только одно, дядя: зачем ты это сделал?! – в ухо погромче крикнул я. И мрачный и неприязненный бас отозвался:

– Да думаю, что валандаться с вами по одному порошочку? Сразу принял – и делу конец»,– так описывает М. Булгаков заключительную беседу с «интеллигентным» мельником.

В американском законодательстве было разработано три стандарта, чтобы определить характер и количество информации, которая должна быть раскрыта. Самый старый из них – это *стандарт «профессиональной практики»*, из которого следует, что пациенту нужно дать столько информации, сколько это принято в медицинской практике. То, что должен открыть врач, определяется тем, что бы раскрыл любой другой «разумный» практикующий врач или юрист при тех же самых обстоятельствах.

Более современный стандарт – это *стандарт «объективного» или «разумного человека»*, который требует, чтобы пациенту была дана информация, которую любой «разумный человек» в той же самой ситуации нашел бы уместной и необходимой для принятия информирован-

ного решения. Наконец, уже упоминавшийся, *«субъективный» стандарт* сосредоточен скорее на информационных потребностях определенного пациента, чем на потребностях абстрактного разумного человека. В Соединенных Штатах, в настоящее время наиболее широко используется стандарт «разумного человека», в то время как Великобритания использует стандарт профессиональной практики, а Германия — субъективный стандарт.

ИСКЛЮЧЕНИЯ К ТРЕБОВАНИЮ ИНФОРМИРОВАННОГО СОГЛАСИЯ

Биоэтика признает несколько исключений к требованию информированного согласия, которые являются общепринятыми.

1. В срочных случаях, где должны быть предприняты немедленные действия для сохранения жизни пациента, или в других важных случаях, связанных со здоровьем, получение истинного информированного согласия невозможно, потому что пациент или считается некомпетентным (обычно, потому что он без сознания и установить его компетентность не представляется возможным), или потому что это заняло бы слишком много времени, и таким образом привело к серьезному риску для здоровья пациента. В чрезвычайных случаях часто говорится, что пациент дал неявное согласие. Однако это неправильно: хотя при этих обстоятельствах большинство людей согласилось бы на лечение, и поэтому может быть принято, что пациент дал бы свое согласие, если бы его спросили, в ситуациях, подобных этой, никакого согласия фактически не дано, ни явно, ни неявно. Поэтому если пациент компетентен, нарушается его право на самоопределение. Это может быть оправдано воззванием к здоровью пациента и в случае жизненно важного лечения, на том основании, что лечение пациента без его согласия было единственным способом спасти возможность его самоопределения в будущем.

2. Некоторые диагностические или терапевтические процедуры настолько самоочевидны или обычны, что сотрудничество пациента может быть справедливо воспринято как неявное согласие. Примеры таких ситуаций: взятие крови, прослушивание легких или зашивание раны. Кроме того, многие виды лечения состоят из ряда вмешательств, так что если получено согласие на лечение в целом, то это означает, что неявное согласие дается на различные этапы лечения. Получение информированного согласия во всех этих случаях было бы непрактично и иногда даже смехотворно. Если пациент действительно дает неявное согласие, его самоопределение не нарушается. Однако эта концепция неявного согласия

требует осторожности, потому что она легко может быть извращена или ею могут злоупотреблять.

3. Другое исключение к требованию информированного согласия — это ситуация, в которой пациент отказывается от своего права на информацию и от права принимать решения относительно собственного лечения. Если решение отказаться от этих прав сделано сознательно и свободно, т.е. при тех же самых условиях, которые применяются к получению имеющего силу информированного согласия, то это решение должно уважаться. Должно быть отмечено, однако, что отказ от права принять решение автоматически не подразумевает также отказ от права быть информированным. Общепринято, что право на автономию или самоопределение включает возможность отказа от самоопределения в особой ситуации, поэтому такой отказ не рассматривается как нарушение самоопределения.

4. Следующее исключение — это «терапевтическая привилегия». В некоторых случаях врач может быть оправдан в случае непредоставления полной информации пациенту, потому что он боялся, что это могло бы повредить пациенту. Действительно ли это оправдывает исключение из общего правила, зависит от степени предотвращенного вреда. В некоторых случаях информация может привести пациента к принятию решения, которое будет не самым лучшим для него. Вообще не полагается скрывать информацию по этой причине. Кроме того, есть мнение, что некоторая информация может оказать негативный эффект на эмоциональное состояние пациента. Одни авторы считают, что такое исключение из правила информированного согласия допустимо, другие — что недопустимо, потому что подрывает доверие к врачу.

5. Последнее исключение к требованию информированного согласия — это некомпетентность пациента (вегетативное состояние, недееспособность, ранний возраст). Дело в том, что в начальный период формирования доктрины информированного согласия основное внимание уделялось вопросам предоставления информации пациенту. В последние годы в связи с переводом проблемы из области этики в область права большое внимание стало уделяться не только правоспособности врачей выполнять требования информированного согласия, но и вопросу дееспособности пациентов, т.е. их компетентности и возможности принимать решения.

Если пациент некомпетентен, он неспособен дать истинное или значимое информированное согласие, и по этой причине от врача не могут требовать уговаривать его. Однако врач должен просить доверенное лицо дать информированное согласие за пациента. Некомпетентность пациента поэтому — не настоящее исключение к требованию информирован-

ного согласия, а скорее условие, которое определяет того, от кого должно быть получено согласие. Однако не всегда легко определить, является пациент компетентным или нет.

СТАНДАРТЫ КОМПЕТЕНТНОСТИ ПАЦИЕНТА

Компетентность часто считается одним из требований для информированного согласия. Но она не является элементом истинного информированного согласия, а относится к предварительному условию для практики его получения. Поэтому компетентность, по мнению многих биоэтиков, функционирует как концепция «стража ворот» для информированного согласия. Определить компетентность — это значит разделить людей на две группы: одна, состоящая из компетентных людей, чье добровольное согласие или отказ обязательны, и другая, состоящая из некомпетентных людей, чье согласие или отказ могут игнорироваться. Решение о компетентности человека с этой точки зрения означает, действительно ли свободные и информированные решения некоторого человека относительно себя должны уважаться.

Быть компетентным означает быть способным или обладать возможностью, требуемой для того, чтобы выполнить некоторую задачу.

Из этого определения следует, что компетентность всегда связана с задачей: можно быть компетентным для исполнения некоторой задачи, но это не подразумевает компетентность для исполнения любой задачи. Так как способности и возможности могут изменяться во времени, компетентность также может изменяться. Кроме того, люди могут обладать различными уровнями компетентности. Однако согласно вышеупомянутой цели необходимо определить предел и классифицировать людей как компетентных или некомпетентных. Бремя доказательства в этой классификации находится на стороне некомпетентности: человек считается компетентным пока не доказано обратное.

Чтобы определять, является ли человек компетентным дать информированное согласие, необходимо:

1) определить, какой *уровень понимания* необходим для получения осознанного информированного согласия,
2) определить, обладает ли пациент *возможностью* для такого уровня понимания,
3) иметь эмпирический *тест*, чтобы установить, достигнут ли этот уровень.

Первые два условия вместе формируют стандарт компетентности. В литературе по информированному согласию предлагаются различные виды стандартов.

1. *«Минимальный»* стандарт, в котором единственным критерием является способность выражать предпочтение. Этот стандарт часто критикуют. Действительно, вряд ли помимо способности выразить предпочтение нет никаких других релевантных возможностей, которыми должен обладать человек, чтобы быть способным дать информированное согласие. Доктрина самого информированного согласия требует «понимания», так что способность понимать по крайней мере некоторую информацию кажется необходимым требованием для компетентности.

2. Стандарт *«результата»* обращен исключительно к результату решения. Этот вид стандарта критиковался по той причине, что он не в состоянии защитить самоопределение пациента, так как не позволяет человеку «продолжать его собственное благо», как он это чувствует.

3. Стандарт *«процесса»* сосредотачивается на процессе самого принятия решения и рассматривает возможности и способности как условия компетентности.

Очевидно, что чем выше риск, связанный с выбором решения пациентом, тем более высоким уровнем понимания ситуации он должен обладать. Таким образом, ***компетентность пациента — это и есть его способность принимать решения***[5].

Компетентность пациента устанавливается, если он способен:

- принять решение, основанное на рациональных мотивах;
- прийти в результате решения к разумным целям;
- принимать решения вообще.

Следовательно, можно дать следующее определение компетентности пациента: *пациент компетентен, если и только если он может принимать приемлемые решения, основанные на рациональных мотивах.*

ПРЕДСТАВИТЕЛИ ПАЦИЕНТА И ИХ ПРАВА

В литературе нет согласия по критериям компетентности, в основном спор идет между сторонниками стандарта компетентности, связанного с риском, и сторонниками установленного стандарта. Несмотря на

5 Не путать с компетенцией в праве, т.е. совокупностью прав и обязанностей любого коллективного субъекта права.

это, широко обсуждается вопрос о принятии решения в случаях некомпетентности пациента.

В отсутствие представителя, назначенного судом или самим пациентом (в то время, когда он был еще компетентен), члены семьи пациента считаются первыми и основными представителями пациента. Причина этого в том, что семья обычно наиболее хорошо осведомлена и о благе некомпетентного человека, и о его или ее предыдущих ценностях и предпочтениях, и наиболее заинтересована в пациенте. Кроме того, семья имеет особые нравственные взаимоотношения с пациентом: члены семьи обычно несут особую ответственность за здоровье друг друга, ответственность, которая является следствием их близких отношений.

Но как раз аргумент о том, что члены семейства лучше других осведомлены о предпочтениях пациента, вызывает большое сомнение. Возможен конфликт между интересами пациента и интересами его или ее семьи, связанный с иерархией полномочий в пределах семьи, особенно в случаях разногласия между членами семьи. Супруг (супруга) обычно считаются первыми представителями, затем родители, дети или родные братья и сестры пациента. Такая иерархия не решает все практические проблемы (например, она не разграничивает родных братьев и сестер с детьми), и кроме того, она может иногда иметь последствия, не обоснованные с этической точки зрения. С точки зрения этики важно то, как хорошо заместитель знает пациента, а не каковы его формальные отношения с ним.

Существует мнение, что врачи должны первыми принимать решение за некомпетентных пациентов, потому что они обладают необходимыми знаниями. Однако в медицинской экспертизе трудно разграничить медицинские и ценностные аспекты принятия решения. В принципе врачи менее хорошо осведомлены о ценностях и предпочтениях их некомпетентных пациентов, чем члены семьи. Поэтому при принятии решения за некомпетентных пациентов врач должен обеспечить информацию, облегчающую представителю принятие решения, но самостоятельно не должен решать.

На практике, однако, врачи часто принимают решения за своих некомпетентных пациентов. Для этого есть различные причины. Во-первых, для врача часто намного легче принять решение самому, чем привлекать семью, так как это требует времени, усилий, навыков. Во-вторых, врачи не всегда серьезно относятся к праву на самоопределение или преждевременно записывают пациента в некомпетентные. В-третьих, сами члены семьи не всегда хотят брать на себя ответственность принятия решений. Они могут или отклонять такую ответственность в целом, или во

многом полагаться на мнение или совет врача. В этом отношении члены семьи, действующие как представители, не отличаются от компетентных пациентов, которые могут сами решать за себя.

Следующий вопрос: каким главным принципом должен руководствоваться заместитель в принятии решений за некомпетентного пациента? В медицинской этической литературе вообще принято считать, что уважение автономии требует, чтобы заместитель максимально отождествил свои цели и ценности с предпочтениями пациента, насколько это возможно. Основываясь на этой идее, обычно выделяют три стандарта или принципа для принятия решения заместителем: *дополнительное указание, суждение заместителя* и *максимальная польза*.

Согласно *стандарту дополнительного указания*, нужно следовать тем пожеланиям пациента, которые он указывал в дополнение к своей воле по поводу представителя до того, как стал некомпетентным. Но тут также есть некоторые проблемы. Дополнительные указания используются широко, но они не всегда столь же ясны и определенны, как хотелось бы. Наконец, стандарт дополнительного указания не применим к тем пациентам, которые никогда не были компетентны, таким как дети или некоторые умственно отсталые пациенты.

Согласно *стандарту суждения заместителя*, уполномоченный должен выбрать, как выбрал бы сам пациент, если бы он был компетентным и знал свою медицинскую ситуацию и выбор. Это означает, что заместитель должен попробовать поставить себя на место пациента, взвесить все и выбрать его точку зрения.

Существуют так называемые пять правил большого пальца[6] для определения достоверности выбора представителя пациента:

1) чем более направленно выражал пациент свои пожелания
2) чем более прямо и настойчиво выражал пациент свои пожелания
3) чем больше было свидетелей его пожеланий
4) чем надежнее были свидетели

} тем более надежно и суждение представителя;

5) чем больше неуверенность в том, что хотел бы пациент, тем меньший вес должны иметь суждения заместителя при принятии решения.

---

[6] «Правило большого пальца» — это общее, практическое указание, метод (а не строгое правило), который действует в большинстве ситуаций и основан на опыте или общеизвестных вещах.

Однако можно предположить, что для пациента важнее, кто тот человек, который его представляет, а не то, насколько точно он выражает его желания. Иногда люди больше доверяют мнению других, если эти другие являются авторитетом для них. Но, в принципе, проблемы доверия и взаимоотношения между пациентом и его заместителем (названным или членом семьи) пока очень мало изучены. Наконец, согласно стандарту максимальной пользы, заместитель должен выбрать то, что лучше всего способствует здоровью пациента. Как должно быть определено здоровье человека, зависит от субъективных представлений о благополучии. В субъективной теории благополучия принцип максимальной пользы практически идентичен стандарту суждения заместителя, так как, согласно такой теории, лучшие интересы пациента определены (по крайней мере частично) его собственными ценностями и предпочтениями (которые должен представить выбор заместителя).

***

Таким образом, процесс получения информированного согласия — сложный и многогранный. Для его облегчения разработаны формы ИС в разных медицинских учреждениях. Но вопрос об объеме предоставляемой пациенту информации и его способности принимать на ее основе рациональные решения, всегда остается задачей врача. Помочь в ее решении может строгое следование принципу уважения автономии пациента.

Вопросы для самопроверки

1. Что такое «информированное согласие (ИС)»?
2. Всегда ли информированное согласие является добровольным?
3. Как и почему возникла идея информированного согласия в медицине?
4. Какие этапы существуют при оформлении информированного согласия?
5. О чем врач обязательно должен информировать пациента?
6. Какой объем информации врач должен сообщить пациенту?
7. Какие стандарты информированного согласия существуют?
8. Кто может принимать решение за пациента, если тот недееспособен?
9. Что означает «компетентный пациент» и кого нельзя признать таковым?
10. В чем заключаются пять правил «большого пальца» для выяснения воли пациента?

Задание для закрепления материала

1. Прокомментируйте с позиций соответствия требованиям биоэтики следующую форму ИС.

Информированное согласие на выполнение операции, инвазивного исследования, манипуляции

Настоящее добровольное соглашение составлено в соответствии со ст. 30, 31, 32, 33 Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан от 22 июля 1993 г. № 5487–1.

1. Мне (ФИО пациента или его законного представителя) _______________ разъяснены состояние моего здоровья и характер необходимых диагностических и лечебных мероприятий.

2. Настоящим я доверяю врачу _______________ (в дальнейшем врач) и его коллегам выполнить следующие операции, инвазивные исследования, манипуляции: _________________________.

3. Содержание указанных выше медицинских действий, связанный с ними риск, возможные осложнения и последствия, включая нетрудоспособность и смерть, мне известны. Я хорошо понял (а) все разъяснения врача.

4. Я понимаю, что в ходе выполнения указанных выше медицинских действий может возникнуть необходимость выполнения другого вмешательства, исследования или операций, не указанных в п. 2.

5. Я доверяю врачу и его ассистентам принять соответствующее решение в соответствии с их профессиональным суждением и выполнить любые медицинские действия, которые врач сочтет необходимыми для улучшения моего состояния.

6. Я согласен (согласна) на переливание донорской крови и ее компонентов в ходе операции или в послеоперационном периоде, если возникнет такая необходимость.

7. Содержание настоящего документа мною прочитано, разъяснено мне врачом. Оно полностью мне понятно, что я и удостоверяю своей подписью.

Подпись пациента_______________

Если пациент не может подписать документ вследствие тяжести своего физического состояния или является несовершеннолетним.

подпись законного представителя (ближайшего родственника или доверенного лица) ______

Подпись врача _______________

От проведения указанных в п. 2: .... отказываюсь, что и удостоверяю своей подписью. Мне разъяснены возможные последствия отказа от _______________________________, а именно: невозможность своевременной и правильной диагностики заболевания, нетрудоспособность, смерть. Подпись пациента (или его законного представителя). Подпись врача_______________

2. Оцените с точки зрения требований биоэтики следующий документ.

Информированное согласие

на операцию — хирургический аборт

Я__________________ (Фамилия, Имя, Отчество) 19__ года рождения, нахожусь в _____________ отделении _____________ больницы.

Я информирована врачом о сроке моей беременности.

Мне планируется операция — хирургический аборт.

Мне было разъяснено, что аборт — это хирургическая операция выскабливания полости матки с расчленением и удалением человеческого эмбриона.

Мне лично врачом были разъяснены цель и характер операции.

Я предупреждена о возможных негативных последствиях и осложнениях этой операции, включая: механическую травму матки и шейки матки; разрыв матки; кровотечение; нарушение свертываемости крови; остатки плодного яйца; наличие гематометра; воспалительные заболевания; эмболия; последствия наркоза; риск инфицирования гепатитами, ВИЧ-инфекцией и др.

Я предупреждена о побочных действиях, включая: повышение температуры и озноб, тошноту и рвоту, головную боль, диарею, боли внизу живота. Я предупреждена об отдаленных осложнениях хирургического аборта, включая: 1) хронические воспалительные процессы внутренних половых органов; 2) дисфункцию яичников с нарушением менструального цикла; 3) внематочную беременность; 4) бесплодие; 5) истмико-цервикальную недостаточность (несостоятельность шейки матки), при последующих беременностях приводящую к самопроизвольному выкидышу; 6) аномалию родовой деятельности при последующих родах; 7) кровотечение при последующих родах; 8) постабортный синдром — стресс, депрессию, непроходящее чувство вины.

Я поставлена в известность и даю свое согласие, что оперирующим хирургом будет Ф.И.О.__________

Я информирована лечащим врачом и оперирующим хирургом о степени риска, связанного с объемом оперативного вмешательства, вплоть до смертельного исхода, а также информирована о статистике женской смертности — за период с 2005 по 2010 г. в результате проведенного аборта погибло 1657 женщин.

Я предупреждена о режиме послеоперационного поведения и возможных последствиях при его нарушении, а также о возможных болевых ощущениях и методах обезболивания.

Мне было предоставлено достаточно времени для ознакомления, обдумывания и принятия решения.

Я прочитала и поняла все вышеизложенное и удовлетворена ответами на все мои вопросы и даю **добровольное согласие на операцию**.

Подпись пациента _________________/______________/

Подпись лечащего врача ________________/______________/

Подпись оперирующего хирурга __________/______________/

Подпись зав. отделением ______________________/______________________/

«___» ______________ 200___ г.

Я прочитала и поняла все вышеизложенное, удовлетворена ответами на все мои вопросы и **отказываюсь от планируемой операции хирургического аборта для сохранения беременности и рождения ребенка.**

Дата_______ Ф.И.О.__________ Подпись ___________

3. Рассмотрите следующий случай:

В детскую инфекционную больницу был доставлен ребенок пяти лет с признаками кишечной инфекции. Ребенок был госпитализирован, ему оказана помощь согласно стандартам, к вечеру его самочувствие улучшилось. Но тут появилась мать ребенка, которая, вернувшись с работы, узнала о госпитализации сына. Она потребовала немедленной выписки маленького пациента на основе того, что он неплохо себя чувствует, а госпитализирован был незаконно, так как она – мать – является первым законным представителем ребенка, а ее согласия на госпитализацию врачи не получали.

Права ли мать ребенка? Кто является полномочным его представителем в данном случае? Как бы вы поступили в такой ситуации, будучи на месте врача?

ГЛАВА 7

ПРАВИЛО КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТИ И ВРАЧЕБНАЯ ТАЙНА

Ключевые понятия темы: конфиденциальность, врачебная тайна, медицинская тайна, персональные данные.

ЭТИЧЕСКИЙ И ПРАВОВОЙ СМЫСЛ КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТИ В МЕДИЦИНЕ

Правило конфиденциальности является правилом биоэтики. Однако оно может рассматриваться как правовой обычай, поскольку находит свое логическое завершение в статьях Закона № 323-ФЗ.

Статья 14. **Полномочия федеральных органов государственной власти в сфере охраны здоровья**

1. К полномочиям федеральных органов государственной власти в сфере охраны здоровья относятся:

<...>

9) ведение федеральных информационных систем, федеральных баз данных в сфере здравоохранения, в том числе обеспечение конфиденциальности содержащихся в них персональных данных в соответствии с законодательством Российской Федерации;

<...>

Статья 73. **Обязанности медицинских работников и фармацевтических работников**

<...>

2. Медицинские работники обязаны:

<...>

2) соблюдать врачебную тайну;

<...>

Статья 79. **Обязанности медицинских организаций**

1. Медицинская организация обязана:

<...>

4) соблюдать врачебную тайну, в том числе конфиденциальность персональных данных, используемых в медицинских информационных системах.

Аналогичные законы имеют практически все страны. Естественно, что граница между этической трактовкой и юридическим применением этого правила очень гибкая. Определить ее можно, опираясь на концепцию прав человека в каждом конкретном случае. Указанные статьи, как известно, регламентируют деятельность медицинских работников и организаций. Они не распространяются на людей, не входящих в медицинское сообщество. В то же время этический принцип может быть отнесен ко всем.

Пример. После прохождения обязательного медосмотра в вузе каждый, кто его проходил, получает в регистратуре медицинского учреждения Паспорт здоровья. Его выдают лично «под роспись», либо уполномоченному лицу, имеющему доверенность (в запечатанном конверте). Один из представителей подразделения попросил выдать ему паспорта здоровья всех сотрудников, не имея доверенности. Мотивация: нет смысла тратить время каждому на визит в регистратуру, нет смысла тратить время на оформление доверенности, раз имеется устное поручение от сотрудников. Паспорта были выданы. Где гарантия, что данный представитель не ознакомился с их содержанием, которое представляет собой охраняемые персональные данные?

Как известно, немало людей проявляют иногда излишнюю заинтересованность персональной информацией, которую пациент раскрывает врачу. Эта информация традиционно этически и юридически охранена конфиденциальностью. Врачи обязаны воздерживаться от разглашения (обнародования) информации, полученной от пациентов, и проявлять достаточные меры предосторожности, чтобы гарантировать, что такая информация не будет доступна для тех, кто не имеет к ней профессионального отношения.

Обязанность соблюдения медицинской конфиденциальности корнями уходит в глубокую древность. Клятва Гиппократа гласит: «Чтобы при лечении – а также и без лечения – я ни увидел или ни услышал касательно жизни людской из того, что не следует когда-либо разглашать, я умолчу о том, считая подобные вещи тайной». В современной медицинской этике обязанность сохранения конфиденциальности базируется на уважении к автономии пациента, на порядочности, присущей врачу. Абсолютно очевидно, что игнорирование конфиденциальности являлось бы непреодолимым препятствием для раскрытия пациентами полезной диагностической информации. Кроме того, разглашение медицинской информации может быть использовано против пациента.

Конфиденциальность — строгое, но не абсолютное обязательство. Существуют такие принципы и обстоятельства, которые оправдывают исключения из правил соблюдения медицинской этики. Это, возможно, одна из наиболее трудных проблем в биоэтике: ценность конфиденциальности требует, чтобы врач, идущий на нарушение, имел для этого очень серьезные основания. Этическая оправданность нарушения конфиденциальности основана на принципе правосудия и зависит от контекстных особенностей случая. В целом можно выделить два основания для исключения из правил соблюдения медицинской этики: угроза безопасности других людей и угроза для общественного благосостояния.

Условия современного медицинского обслуживания порождают проблему небрежного обращения с конфиденциальной информацией. Отчеты недостаточно защищены и доступны для многих людей, включая тех, кто не имеет профессионального отношения к медицине. Провайдеры, немедицинский персонал могут говорить о пациентах в общественных местах. Настоящим вызовом конфиденциальности в современном медицинском обслуживании стало использование информационных технологий для создания, хранения, исправления и доступа к информации. Компьютеризация медицинских отчетов увеличивает статистическую информацию и облегчает административные задачи. Но относительная доступность медицинской отчетной информации заинтересованным третьим лицам — предпринимателям, управленческим службам, членам семей и другим угрожает пациенту и даже врачу, ответственному за сохранение информации. Например, актуальные в последнее время технологии прогнозирования генетических болезней или восприимчивости к ним производят информацию, представляющую интерес не только для пациента и его врача, но и для родственников пациента, работодателей и страховых компаний.

Отсутствие единых норм регулирования доступа к конфиденциальной информации представляет проблему как для медицинских учреждений, так и для тех, кто формирует политику здравоохранения. Юридические нормы защиты конфиденциальности не сопоставимы и не равны тем ценностям, возможностям или пределам конфиденциальности, которые обозначены федеральным законодательством. И поскольку врачи — единственные, кто несет ответственность за сохранение конфиденциальной информации о пациентах, они должны быть настолько бдительны, насколько это возможно, и должны защищать информацию лучше существующей политики и закона.

Исключения из правила конфиденциальности. Конфиденциальная информация может быть разглашена, когда врач уверен, что утаивание

этой информации может причинить серьезный вред конкретному человеку (людям). Покажем это на конкретных примерах.

Примеры.

I. 61-летний мужчина диагностирован с метастатическим раком простаты. Он отказывается от гормональной терапии и химиотерапии. Он требует, чтобы его врач не сообщал его жене, и говорит, что он и сам не намеревается сообщить ей об этом. На следующий день жена звонит, чтобы спросить относительно здоровья своего мужа.

II. 32-летний мужчина диагностирован с пресимптоматической болезнью Хантингтона. Это аутосомно-доминантная генетическая болезнь (шанс передачи гена и болезни потомству составляет 50%). Он сообщает своему врачу, что он не хочет, чтобы его жена, на которой он недавно женился, знала о заболевании. Врач знает, что жена стремится иметь детей.

III. 27-летний гомосексуалист диагностирован как ВИЧ-положительный. Он сообщает своему врачу, что его пугает перспектива того, что его возлюбленный узнает о болезни.

Как могут быть решены данные ситуации в единстве этического и юридического подхода на основе принципов Концепции прав человека?

В случае I врач не должен сообщать жене диагноз мужа. В то время как жена имеет моральное право знать о состоянии мужа, которое, конечно, затронет и ее. Сообщить ей — это обязанность ее мужа. Врач, будучи обеспокоен данной ситуацией, все равно не может пойти на разглашение, потому что обязательство уважать предпочтение его пациента перевешивает возможный вред для жены от незнания диагноза ее мужа. Вместе с тем врач должен убедить мужа самого рассказать жене о своем состоянии.

В случае II имеется больше оснований для сообщения диагноза жене пациента. Но прежде всего врач должен приложить серьезные усилия, чтобы убедить мужа поторопиться обсудить вопрос с женой для поиска оптимальной генетической рекомендации. В этом случае жена — также пациент, и врач может уговорить ее серьезно поговорить с мужем относительно его здоровья и их планов на рождение детей. Риск вреда будущим детям высок (50%), но это риск статистический. Не имеется никакой гарантии, что нарушение конфиденциальности защитит любого данного индивидуума. Однако риск нанесения вреда браку и, возможно, будущим детям делает необходимым раскрытие имеющейся информации.

В случае III врач должен заручиться обязательством пациента, что его партнер проинформирован относительно серьезного риска. И если в этом нет уверенности, то врачу необходимо сделать шаги, предписанные законом и практикой, для уведомления партнера пациента об опасности.

Такие ситуации в нашей медицине появились сравнительно недавно и очень важно стереотипизировать их решение.

Юридические последствия нарушения правила конфиденциальности или его неправильной интерпретации хорошо известны, но мы остановимся на некоторых характерных примерах.

Пример. Студент сообщил своему психотерапевту, что намеревается убить молодую женщину. Женщине не было сообщено об этом. Студент впоследствии ее убил. Суд постановил, что психотерапевт должен был приложить все возможные усилия, чтобы защитить третье лицо (молодую женщину) от опасности, заявляя, что защита конфиденциальности заканчивается там, где начинается опасность для общества. По мнению суда, серьезная опасность применения насилия к конкретному человеку являлась основанием для нарушения обязательства сохранения конфиденциальной информации, полученной в курсе лечения. Теперь это решение обращено ко всем практикующим врачам или юристам, которые получают подобную информацию в ходе обеспечения общего медицинского обслуживания. С определенных пор это решение является для медицинского профессионального сообщества моделью, по которой врачам рекомендуется сообщать определенным людям об опасности, в том числе и относительно ВИЧ-инфекции. Однако важно учитывать, что любой врач, принимающий решение о раскрытии конфиденциальной информации, обязан убедиться в идентичности вовлеченных людей и высокой вероятности риска.

В ряде случаев можно говорить, что пациент подвергает опасности других, но при этом невозможно идентифицировать определенный круг конкретных людей. Традиционно некоторые инфекционные болезни принадлежат к этой категории, и законы предписывают, чтобы врачи сообщали о случаях инфекционных болезней руководству служб здравоохранения. Некоторые юридические нормы требуют сообщения о дефектах здоровья, типах приступов и сердечных патологий, которыми страдают люди, профессионально связанные с управлением транспортными средствами, так как это потенциально опасно для других. Однако этические проблемы могут возникать и тогда, когда врачи уклоняются от сообщения информации, и часто даже тогда, когда они делают все в рамках закона.

Примеры.

I. Пациент с бактериальным менингитом (вероятно пневмококковым, но возможно, менингококковым), отказывается от терапии и настаивает на своей выписке.

II. 28-летний мужчина, который находится под наблюдением врача по поводу серьезной язвенной болезни, обращает на себя внимание странным отношением к болезни и странным поведением. Врач, подозревая, что его пациент страдает психическими расстройствами, спросил его, не наблюдался ли он у психиатра. Пациент спокойно отвечает, что он лечился от шизофрении, но уже в течение нескольких лет чувствует себя хорошо. Во время посещения врача мужчина не-

брежно упомянул, что хотел бы видеть всех политических деятелей мертвыми и собирается посетить предстоящее политическое собрание, «чтобы увидеть то, на что он способен». Должен ли врач сообщить о пациенте в правоохранительные органы?

III. Анализ крови 27-летней медсестры показал наличие антигенов к гепатиту В. Она отказывается сообщать об этом своим родственникам и сотрудникам и противится любому ограничению ее профессиональной деятельности. Она обращается к своему врачу за советом. Женщина настаивает на конфиденциальности даже после уведомления о необходимости сообщить об инфекции заинтересованным сторонам, включая администрацию больницы, и заявляет, что не намерена этого делать. Должен ли лечащий врач предпринять шаги, чтобы обеспечить информирование перечисленных людей? Должен ли лечащий врач приложить усилия, чтобы ограничить ее профессиональную деятельность?

IV. Департамент образования рассматривает возможность обязательного прохождения всеми преподавателями теста на наличие ВИЧ-антител. Результаты тестирования были бы доступны администрации. В итоге чиновники решили обратиться за советом к медикам.

Как можно решить описанные ситуации с позиций соблюдения прав человека?

В случае I бактериальный менингит — инфекционная болезнь, он внесен в список инфекционных болезней, подлежащих регистрации, поэтому врач должен сообщить об этом пациенте в поликлинику, к которой он прикреплен. Учитывая, что заключительный диагноз не ясен и это может быть не вторичный (пневмококковый), а первичный (менингококковый) менингит, который является опасной инфекцией, врач обязан сообщить информацию также администрации по месту работы пациента.

В случае II опасность для окружающих менее ясна. Очевидно, этот пациент нуждается в психиатрическом лечении, и врач должен убедить его в этом. Угроза неопределенна и, как часто бывает, возможно, безосновательна. Условия, упомянутые ранее, отсутствуют: возможная жертва не идентифицирована и вероятность насилия сомнительна. Тогда как для пациента последствия передачи сообщения полиции могли бы быть существенны и социально нежелательны. Он попадает в разряд «подозрительных людей» только на основании впечатления медперсонала.

В случае III медсестра может инфицировать других, возможность для контакта обширна и трудна в ограничении. Она вполне способна самостоятельно обеспечить меры по предотвращению инфицирования окружающих ее людей. Кроме того, ее должностные инструкции прямо обязывают ее защищать пациентов от вреда. Если медсестра отказывается добровольно сообщить о своем заболевании, то врач обязан передать соответствующую информацию ее руководству.

В случае IV следует учитывать, что тест на наличие ВИЧ-антител у населения без факторов риска для СПИДа выдает высокий процент

ложных положительных результатов. И даже если предположить, что некоторые преподаватели действительно серопозитивны, их работа не влечет за собой действия, которые связаны с инвазионной способностью. Врач должен настоятельно выступить против подобного тестирования и научно обосновать его нецелесообразность. Во многих государствах проведение подобного тестирования явилось бы нарушением государственных законов относительно конфиденциальности ВИЧ-статуса, в том числе и в нашей стране.

Этическое обязательство защитить других, даже за счет некоторого ограничения свободы пациента и раскрытия конфиденциальной информации о нем, является самым сильным в случае I. Имеется подлинная угроза серьезного вреда другим людям.

В случае II не рассматривается возможность вреда с достаточной вероятностью, чтобы оправдать нарушение конфиденциальности. Хотя не исключено, что большее количество информации поможет установить вероятность того, что пациент будет действовать сообразно его фантазиям. Если же угроза звучит в адрес конкретного человека, то об этом должно быть сообщено.

В случае III следует допустить определенный риск, связанный с практической невозможностью защиты каждого, с кем медсестра имеет дело в быту и личной жизни. Степень данного риска зависит от ее собственного поведения. Тем не менее следует неукоснительно обеспечить обязательство защитить часть населения, с которым этот человек имеет дело как работник здравоохранения.

В случае IV польза от подобного испытания крайне низка, тогда как неблагоприятный эффект для преподавателей очевиден. В этой ситуации врачу, безусловно, необходимо выступить против проведения такого испытания.

Юридические нормы содержат требования к врачам сообщать о некоторых случаях типа опасных болезней, передаваемых половым путем, огнестрельных и ножевых ранениях и сексуальном использовании детей. Этим нормам следует повиноваться, когда врач полагает, что имеются все законные основания для передачи соответствующего сообщения. Некоторые врачи сталкиваются в своей практике с проблемой, когда они не в состоянии сообщить об угрозе, особенно когда пациенты или их родители относятся к элитарным группам, когда врачи в чем-то зависят от них. Это осуждается, но тем не менее имеет место.

В последние годы многие государства издали законы относительно конфиденциальности испытания на ВИЧ. Законодательство предназначено, чтобы защитить ВИЧ-положительных людей от чрезвычайного предубеждения, которое часто направлено на них, когда об их состоянии

становится известно населению. Обычно законодательство не разрешает тестирование людей на ВИЧ без их явного согласия. Также требуется их согласие на сообщение результатов обследования любой другой стороне. Исключение составляют медицинские работники, имеющие доступ к подобной информации, и чиновники здравоохранения, ответственные за состояние здоровья населения. Некоторые государства приняли законы, которые дают врачам право на их усмотрение уведомлять половых партнеров ВИЧ-положительных людей относительно возможной опасности. Врачи должны знать точные условия этого законодательства в области здравоохранения.

ЭВОЛЮЦИЯ ОТНОШЕНИЯ К ВРАЧЕБНОЙ ТАЙНЕ

Как видим, знания законов недостаточно, чтобы однозначно применять правило конфиденциальности. Очевидно, необходима соответствующая этическая подготовка не только врачей, но и всего медперсонала. Ясно одно: защита прав пациента за счет нарушения прав других людей недопустима. Очевидно, дело в том, что проблему прав человека нельзя понимать как проблему прав конкретного человека. И поэтому правило конфиденциальности нельзя интерпретировать изолированно от правового принципа сохранения врачебной тайны. Каким же образом соотносятся правовые и этические нормы в этом вопросе?

Вопросы обеспечения врачебной тайны, ее морально-этический аспект на всем протяжении истории человечества являлись важной составляющей деятельности, относящейся к врачеванию. Интересно развитие отечественного института «врачебной тайны», включая до- и послереволюционный период правового становления нашего государства. Русский писатель и врач В.В. Вересаев в предисловии к двенадцатому изданию своих Записок врача (1928) пишет об отношении медицинских кругов в дореволюционной России к проблеме врачебной тайны.

Так, существенное влияние на формирование взглядов общества на врачебную тайну оказал профессор В.А. Манассеин, редактировавший газету «Врач». Газета эта играла большую положительную роль в воспитании русской медицинской интеллигенции, поэтому точку зрения ее редактора разделяли многие врачи. Однако, по мнению В.В. Вересаева, в вопросе о врачебной тайне профессор В.А. Манассеин занимал совершенно антиобщественную позицию, искренне настаивая на абсолютном сохранении врачебной тайны при всех обсто-

ятельствах. Он мотивировал это тем соображением, что только при полнейшей уверенности в сохранении его тайны больной будет говорить врачу всю правду о себе.

В качестве иллюстрации приводился такой пример. К частному глазному врачу обратился за помощью железнодорожный машинист. В ходе диагностики врач также установил, что больной страдает дальтонизмом. Как известно, чаще всего это выражается в том, что человек не может отличать зеленый цвет от красного. Но вся железнодорожная сигнализация основана как раз на различении зеленого цвета от красного. Ошибка машиниста при распознавании цветов может привести к трагичным для пассажиров последствиям. Врач сообщил машинисту о его болезни и предложил отказаться от работы машиниста. Больной ответил, что он никакой другой работы не знает и от службы отказаться не может. Что должен был сделать врач? Манассеин отвечал однозначно: молчать. Виновато железнодорожное управление, что не устраивает периодических врачебных осмотров своих служащих. А врач не имеет права выдавать тайны, которые узнал благодаря своей профессии, это расценивается как предательство по отношению к больному.

Затем точка зрения на сохранение врачебной тайны диаметрально изменилась. На одном из диспутов, состоявшихся в Москве в январе 1928 г., нарком здравоохранения Н.А. Семашко, как сообщают газетные отчеты, говорил так: «Мы держим курс на полное уничтожение врачебной тайны. Врачебной тайны не должно быть. Это вытекает из нашего основного лозунга, что „болезнь – не позор, а несчастие“. Но, как и везде, в наш переходный период мы и в эту область вносим поправки, обусловленные бытовыми пережитками. Каждый врач должен сам решать вопрос о пределах этой „тайны“». Профессор А.И. Абрикосов от имени московской профессуры полностью солидаризировался со словами наркома и этим как бы признал вопрос исчерпанным.

По мнению писателя, точка зрения, выдвигаемая Н.А. Семашко, на практике, в рядовой массе врачей ведет к ужасающему легкомыслию и к возмутительному пренебрежению самыми законными правами больного. Так, врач, которого пациент справедливо упрекнул в том, что он походя, налево и направо рассказывает всем знакомым о его заболевании, немного смутился, но тотчас оправился и ответил буквально следующее: «Наша советская медицина врачебной тайны не признает. Ваша болезнь не позор, а несчастие, и стыдиться ее совершенно нечего».

Разумеется, абсолютное соблюдение врачебной тайны совершенно неприемлемо. «Где сохранение врачебной тайны грозит вредом обществу или окружающим больного лицам, там не может быть никакой речи о сохранении врачебной тайны. Вопрос о врачебной тайне, безус-

ловно, должен регулироваться соображениями общественной целесообразности», — делает вывод В.В. Вересаев. При этом врач в каждом случае должен быть готов дать и перед больным, и перед собственной своей совестью точный и исчерпывающий ответ, какие у него были основания нарушения тайны, вверенной ему больным.

СОВРЕМЕННЫЕ ТРАКТОВКИ ВРАЧЕБНОЙ ТАЙНЫ

Вернемся к современности. В прошлом остались времена, когда вопрос о сохранении врачебной тайны определялся только совестью врача и его моральными взглядами. В настоящее время динамично развивается законодательство, регулирующее вопросы охраны здоровья и прав пациентов, в том числе и право на врачебную тайну.

Между тем актуальность проблемы обеспечения врачебной тайны для нас сохраняется и приобретает особые грани в связи со следующим.

Во-первых, российское законодательство в своем развитии все более ориентируется на приоритетную защиту личных прав и свобод человека и гражданина, поскольку только такой подход к правовому пространству и правопорядку позволит завершить процесс становления демократического общества в нашей стране.

Не случайно одной из основных задач в области обеспечения национальной безопасности РФ является обеспечение на территории России личной безопасности человека и гражданина, его конституционных прав и свобод, развитие правовой базы как основы надежной защиты прав и законных интересов граждан, а также соблюдение международно-правовых обязательств Российской Федерации в сфере соблюдения прав человека

Во-вторых, переход общества на качественно новый уровень информационного обмена, повсеместное внедрение компьютерных технологий обработки медицинской информации, развитие корпоративных информационных систем требует нового подхода к разработке правовых и технологических гарантий защиты информации, в том числе составляющей врачебную тайну, от несанкционированного доступа.

Сейчас правовой статус закрытой информации регулируется законами РФ в соответствии с ее отнесением к основным категориям — государственной тайне или иной конфиденциальной информации (тайне). Понятие конфиденциальной информации впервые официально введено Федеральным законом от 20 февраля 1995 г. № 24-ФЗ

«Об информации, информатизации и защите информации»[7], который определял ее как «документированную информацию, доступ к которой ограничивается в соответствии с законодательством Российской Федерации».

Сведениями конфиденциального характера, к которым применим термин «тайна», в том числе являются персональные данные, т.е. сведения о фактах, событиях и обстоятельствах частной жизни гражданина, позволяющие идентифицировать его личность. Юридическим основанием для защиты персональных данных является Федеральный закон от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных», новая редакция которого была разработана в 2015 г.

Кроме того, в контексте конфиденциальной информации используются понятия следующих видов «тайны»: государственной, налоговой, врачебной, личной и семейной, служебной, коммерческой, нотариальной и т.д. Специалисты отмечают, что всего в настоящее время существует 21 категория «тайной» информации, которая закрепляется 12 кодексами, 4 основами законодательства, 116 законами, 53 указами Президента РФ, 142 постановлениями Правительства РФ, 546 нормативными актами министерств и ведомств, не считая, очевидно, сотен закрытых документов по этому вопросу. Рассмотрим понятие врачебной тайны и правовой режим информации, ее составляющей. В Законе № 323-ФЗ содержатся четкие положения о врачебной тайне. Согласно Закону, пациент имеет право на сохранение врачебной тайны при обращении за медицинской помощью и ее получении. Следовательно, наравне с медицинскими и фармацевтическими работниками обязаны соблюдать врачебную тайну (и, следовательно, нести ответственность за ее разглашение) лица, которым эти сведения переданы в установленном законом порядке. С согласия гражданина или его законного представителя сведения, составляющие врачебную тайну, могут быть переданы другим гражданам, в том числе должностным лицам, в интересах обследования и лечения пациента, для проведения научных исследований, публикации в научной литературе, использования этих сведений в учебном процессе. Круг лиц, обязанных хранить врачебную тайну, также определен законом.

С введением в действие Федерального закона от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (с изм. и доп.) и развитием системы обязательного меди-

---

7 Документ утратил силу в связи с принятием Федерального закона от 27 июля 2006 г. № 149-ФЗ «Об информации, информационных технологиях и о защите информации».

цинского страхования, доступ к сведениям, составляющим врачебную тайну, получают такие участники обязательного медицинского страхования, как страховщики, территориальные фонды обязательного медицинского страхования.

Перечень случаев, когда предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, допускается без согласия гражданина или его законного представителя, является ограниченным и четко определен законом, а именно:

- в целях обследования и лечения гражданина, не способного из-за своего состояния выразить свою волю,
- при угрозе распространения инфекционных заболеваний, массовых отравлений и поражений;
- по запросу органов дознания и следствия, прокурора и суда в связи с проведением расследования или судебным разбирательством;
- в случае оказания помощи несовершеннолетнему в возрасте до 15 лет для информирования его родителей или законных представителей;
- при наличии оснований, позволяющих полагать, что вред здоровью гражданина причинен в результате противоправных действий.

При оформлении листа временной нетрудоспособности врач должен испросить согласие пациента на внесение сведений о диагнозе заболевания, если у пациента нет особых пожеланий в данном вопросе, в листок нетрудоспособности вносится шифр заболевания. Если пациент не согласен, указывается только причина нетрудоспособности, например: «заболевание» или «травма».

Лечебные учреждения при оформлении медицинских документов должны использовать специальную печать или штамп без указания профиля медицинского учреждения. Например, вместо «Московский городской кожно-венерологический диспансер № 1» именовать «Московский городской диспансер № 1». Медицинские и фармацевтические работники, лица, которым в установленном законом порядке переданы сведения, составляющие врачебную тайну, за ее разглашение несут дисциплинарную, административную или уголовную ответственность в соответствии с действующим законодательством, с учетом причиненного гражданину ущерба.

Таким образом, поскольку сведения, составляющие врачебную тайну, являются сведениями о фактах, событиях и обстоятельствах частной жизни гражданина, их можно отнести к конфиденциальной информации. При этом они одновременно подпадают под определение как служебной тайны, так и персональных данных. По гражданскому зако-

подательству информация составляет служебную или коммерческую тайну в случае, когда она имеет действительную или потенциальную коммерческую ценность в силу неизвестности ее третьим лицам, к ней нет свободного доступа на законном основании и обладатель информации принимает меры к охране ее конфиденциальности. Персональными данными является информация о частной жизни, а также сведения, составляющие личную тайну, семейную тайну, тайну переписки, иных сообщений физического лица и т.д.

***

Таким образом, можно сделать следующие выводы.

Понятие врачебной тайны содержит элементы служебной тайны, поскольку доступ к такого рода сведениям ограничен и располагать ими могут только лица в силу исполнения своих профессиональных медицинских обязанностей (либо приравненные к ним по закону лица).

Сведения, составляющие врачебную тайну, являются также персональными данными, поскольку относятся к фактам, событиям и обстоятельствам частной жизни, могут составлять личную или семейную тайну, а также позволяют идентифицировать личность гражданина.

По поводу обеспечения тайны персональных данных государство устанавливает дополнительные гарантии, обязывающие юридических и физических лиц, владеющих такой информацией, обеспечить режим защиты, обработки и порядка ее использования и устанавливающие ответственность за нарушение этих требований.

Вопросы для самопроверки

1. В чем состоит этический смысл правила конфиденциальности?
2. Как соотносится правило конфиденциальности и принцип уважения автономии пациента?
3. Как изменялось отношение к конфиденциальности на разных исторических этапах развития общества и медицины?
4. В каких случаях врач обязан передать конфиденциальную информацию о болезни пациента и кому именно?
5. Назовите исключения из правила конфиденциальности.
6. Что такое врачебная тайна? Может быть, правильнее говорить «медицинская тайна»?
7. В каких законодательных актах современной России содержатся положения о врачебной тайне?

8. Что такое персональные данные, каким законом регулируется отношение к ним?
9. Приходилось ли вам давать согласие на использование своих персональных данных и в каком объеме?
10. Считаете ли вы, что в условиях информационного общества есть возможность сохранять конфиденциальность персональных данных пациентов?

Задания для закрепления материала

1. Рассмотрите следующий случай.

   В муниципальную аптеку регулярно приходит мужчина за препаратом Микалит, он предъявляет рецепт, выписанный врачом. Микалит, как известно, относится к препаратам лития, которые применяют для лечения маниакальных и гипоманиакальных состояний различного происхождения (особенно при частых приступах), в том числе они применяются для профилактики и лечения аффективных психозов (биполярного, шизоаффективного). Как-то раз мужчина пришел не в обычном костюме, а в форме майора МВД. Провизор в затруднении: знает ли руководство о том, что один из офицеров полиции страдает психическим заболеванием? Почему рецепт выписан не в ведомственной медицинском учреждении? Нужно ли сообщить о данном пациенте его руководству?

   Как бы вы поступили на месте провизора?

2. Проанализируйте следующий пример.

   В городскую больницу поступил пациент — юноша 16 лет с острым приступом аппендицита. Мама пациента, беседуя с врачом, сообщает, что ее сын — носитель ВИЧ-инфекции, и просит никому об этом не сообщать. Врач уверяет ее, что все сохранит в тайне. На следующий день мама пациента приносит ему необходимые вещи и просит санитарку передать их сыну, называя номер палаты и фамилию пациента. Санитарка уточняет: «А, это который ВИЧ-инфицированный?» После этого мать пациента забирает его, отвозит в частную кинику и направляет жалобу в этический комитет больницы на врача, не сохранившего, по ее мнению, врачебную тайну.

   Виноват ли врач?

3. Прокомментируйте следующую ситуацию.

   В инфекционное отделение городской детской больницы доставлен ребенок пяти лет с предварительным диагнозом ОРВИ. Его привезла бабушка по направлению участкового педиатра. Она долго беседует с врачом, который рассказывает, как будут проводить диагностику и лечение ее внука, какой уход ему требуется, подписывает информированное согласие и уходит. Вечером в отделение приезжает мама маленького пациента, которая была на работе и только что узнала о госпитализации сына. Выяснив, как обстоят дела, и повидавшись с ребенком, она устраивает скандал врачу из-за того, что он проинформировал обо всех деталях болезни бабушку и принял от нее информированное согласие. Мать ребенка настаивает на том, что бабушка вообще не должна ничего знать о болезни внука.

   Кто прав в этой ситуации? Как согласуются в данном случае правило информированного согласия и правило конфиденциальности?

Глава 8
МОДЕЛИ ВРАЧЕВАНИЯ

Ключевые понятия темы: патернализм, коллегиальность, техницизм, контракт.

В современном обществе основными экспертами по болезни выступают медики. Они обладают правом диагностировать болезнь, устанавливать ее причины, выявлять связь между природой болезни и образом жизни человека, который заболел. Это право медикам предоставлено самим обществом, перед лицом которого представители медицинской профессии уже достаточно давно утвердили свой авторитет. Мишель Фуко говорил, что «медик занимает в пределах любого общества, любой цивилизации совершенно особенное положение: он повсеместно является предметом общественного внимания и почти всегда незаменим. Слово медика не может прийти „из неоткуда“: его значимость, эффективность, терапевтические возможности и общие условия существования, как слова самой медицины, неотделимы от статуса определенного лица, которое его артикулирует, провозглашает, утверждает его законное право уменьшать страдания и предотвращать смерть». Между тем это вовсе не значит, что все представители общества абсолютно разделяют медицинские представления о болезни и не имеют собственных.

РОЛЬ БОЛЬНОГО

Болезнь и здоровье выступают как состояния, наполненные социальным смыслом. Хорошее здоровье является нормой, отклонением от нормы выступает болезнь. При этом болезнь везде причисляется к нежелательному явлению, и назвать себя больным или здоровым всегда означает дать оценочное суждение. Здоровье и болезнь не сводятся только к индивидуальному состоянию организма, но определяются в зависимости от требований и ожиданий социального окружения (семейных или профессиональных связей). Если болезнь воспринимается как состояние

разрыва социальных связей, то здоровье, напротив, выступает как состояние тесной связи с обществом. При этом в каждом обществе существуют свои грани социальных состояний, отмечающих степень включенности или исключенности индивида на основании оценок здоровья и нездоровья. Согласно Парсонсу, роль или обязанности больного определяются прежде всего его освобождением от обычных обязанностей. Когда человек болен, он не может их выполнять: он не может ни работать, ни заботиться о своей семье. Кроме того, сам больной не может излечиться только по собственному желанию. Поэтому его не обвиняют в недееспособности и ему предлагается помощь.

«Роль больного» поддерживает сплоченность общества. Те, кто выведены из строя, получают привилегированное право приостановить свои повседневные дела и обязанности для того, чтобы восстановить здоровье и ускорить возвращение в социальную систему со своими обязанностями и ролями. В обществе только практикующий врач может узаконить уход на «роль больного».

Выгоды социальной роли больного	
1	Больные временно освобождаются от своих нормальных ролей. Посещение врача уже дает некоторое право требовать статус больного
2	Больных не считают ответственными за свою болезнь. Это освобождает их от значительных переживаний. Появляются привилегии, а вместе с ними и обязанности. Больной воспринимает свою болезнь как нежелательное состояние и стремиться к выздоровлению. С этой целью он обращается за компетентной помощью и сотрудничает с теми, кому надлежит его лечить. Впрочем, наряду с сотрудничеством возможны конфликтные ситуации, когда больной не считает возможным принимать помощь или не считает себя больным (принудительное медицинское лечение)

Обязанности больного	
1	Больной должен хотеть поправиться и должен понимать, что роль больного — только временное состояние, от которого он должен избавиться. Если он явно не хочет поправляться, тогда, вместо того чтобы подтвердить роль больного, врач может отнести его к категории симулянтов
2	Больной должен соглашаться на технически компетентную помощь. Только практикующий врач может законно дать «роль больного» в нашем обществе, а технически компетентная помощь ограничивается официальными медицинскими службами. Больные, которые обращаются к непрофессиональным работникам, претендующим на медицинские знания, предпочтя их практикующему врачу, не выполняют основной обязанности роли больного

Следует различать понятия «больной» и «пациент». Последнее шире по объему. Пациентом считается любой человек, обратившийся за медицинской помощью. Но обращаются за ней и вполне здоровые люди.

Пример. Еще в середине прошлого века американские социологи провели исследование по выяснению мотивов обращения людей в медицинские учреждения. Оказалось, что все пациенты разделились на три примерно равные группы: те, кто рассчитывал на какие-то льготы после признания его больным; те, кто в связи с какими-то причинами утратил былую ценность в глазах окружающих и нуждался во внимании и заботе; те, кто действительно был болен и обратился за конкретной помощью. Получается, что все эти люди, являясь пациентами, только на одну треть состояли из больных.

В настоящее время широкое распространение получила «медицина здоровья». Здесь пациенты обращаются к врачу с целью повысить качество жизни, обеспечить профилактику негативных явлений со стороны организма, улучшить свою внешность. Диетология, фитнес, пластическая хирургия и медицинская косметология — вот далеко не все сферы «медицины здоровья». И вряд ли кто-то назовет потребителей таких медицинских услуг больными. Поэтому далеко не все пациенты должны интериоризировать роль больного. Вообще же применение термина «больной» считается в последнее время не совсем этичным. Это связано с тем же принципом уважения автономии пациента и, в частности, соблюдением правила конфиденциальности: из обращения к врачу уже редко кто делает тайну, но большинство людей стремятся сохранить в тайне сведения о болезни. Поэтому термин «пациент» в этом отношении более удобен. Но Парсонс в свое время описывал именно роль больного, считая, что при разных болезнях по-разному проявляются различные ее элементы. В качестве примера можно рассмотреть следующую таблицу (табл. 3).

Таблица 3

Болезни, соответствующие и не соответствующие модели роли больных

Элементы роли больных	Болезни, соответствующие	Плохо соответствующие или несоответствующие
Человек считается обладающим серьезной причиной, чтобы не выполнять обязательства	Аппендицит, рак	Неопределенная хроническая усталость
Человек не несет ответственности за свою болезнь	Гемофилия, корь	СПИД, рак легких

Окончание

Элементы роли больных	Болезни, соответствующие	Плохо соответствующие или несоответствующие
Человек должен стараться выздороветь	Туберкулез, сломанная нога	Диабет, эпилепсия
Человек должен обратиться за медицинской помощью	Сифилис	Простуда, синдром Альцгеймера

СТАТУС ВРАЧА

Носителями специальных знаний, касающихся болезни, а также ее лечения и применения лекарственных препаратов обычно являются люди, имеющие особый социальный статус. В современных обществах это почти всегда дипломированные врачи, имеющие специальное медицинское образование.

Статус врача	
1	Статус врача определен критериями компетентности, институтами, системами, педагогическими теориями, легальными условиями, которые дают ему право практиковать и опытно применять свои познания
2	Медик является носителем характерных черт, обусловливающих его роль, которую общество признает за ним
3	Определяется она тем, выступает ли он в качестве частного лица или служит обществу, является ли для него его труд делом жизни или простым выполнением обязанностей и пр.
4	В вопросах лечения и обеспечения здоровья населения, социальной группы, семьи или отдельного индивидуума за врачом остается право вмешательства и решения

Хотя врач каждый день контактирует с пациентами многократно, подобное событие всякий раз бывает уникальным, неповторимым. Тем не менее в существенном эти взаимодействия являются упорядоченными, регулярными. Как правило, обе стороны, чаще всего даже не осознавая этого, ведут себя в ходе взаимодействия так, «как положено», «как принято». В устойчивой социальной системе протекание таких событий обычно строится в соответствии с определенными нормами, за выполнением которых никто специально не следит, однако люди следуют им достаточно строго. Поэтому можно говорить о социальной роли врача и социальной роли пациента. Наличие этих норм и ролей организует действия сторон:

каждая из них, вступая в контакт, более или менее отчетливо представляет себе, чего следует ожидать от одной стороны и, напротив, чего ожидает от нее другая сторона. При этом права врача строго определены.

Врач:

- имеет право осмотреть пациента и расспросить об интимных сторонах физической и личной жизни;
- имеет право на значительную независимость в профессиональной деятельности;
- занимает властное положение по отношению к пациенту.

Посещение лечащего врача может иметь три потенциальные выгоды для пациента: лечение и терапию, легализацию статуса больного, совет и (или) успокоение.

МОДЕЛИ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ ВРАЧА И ПАЦИЕНТА

Социальная роль врача, а вследствие этого и социальная роль пациента в разных культурах и обществах могут пониматься по-разному. В связи с этим имеет смысл говорить о различных моделях врачевания. Следует отметить далее и то, что в обществах нестабильных, находящихся в стадии перехода социальные нормы и роли, регулирующие взаимодействия между людьми, бывают недостаточно определенными. Одни придерживаются старых, традиционных норм, другие руководствуются новыми, которые часто осознаются и понимаются весьма смутно.

Трудности во взаимодействиях между врачом и пациентом проистекают вследствие того, что одновременно действуют совершенно разные, во многом противоречащие друг другу системы социальных норм, при этом каждому бывает непросто понять, чего от него ожидает партнер: насколько следует доверять тому, что он говорит, какой объем информации необходимо предоставлять.

Для описания различных типов взаимоотношений между медицинскими работниками и пациентами американский философ Роберт Витч выделил четыре базовые модели: техницистскую, патерналистскую, коллегиальную и контрактную.

Техницистская модель врачевания. В рамках так называемой техницистской модели задача врача интерпретируется как исправление «поломки» организма больного, обусловленной действием внешних или внутренних факторов. В ряде случаев вместо категории «поломка» используется понятие «отклонение физиологического механизма от положения равновесия».

Эта модель строится на представлении о медицинской деятельности как о сфере прикладного применения объективного научного знания о природных механизмах жизнедеятельности человеческого организма. Объективное знание определяет выбор метода лечения, которое осуществляется как техническая процедура. Благо пациента также уясняется через совокупность объективных признаков: биохимических показателей, значений артериального давления, данных рентгенографии электроодонтометрии и т.п.

Поскольку пациент не обладает необходимыми медицинскими знаниями о собственном состоянии, то учет его мнения при выборе лечебного мероприятия не только бесполезен, но и может быть вреден из-за привнесения субъективных оценок. Личное мнение пациента о собственном благе (здоровье) с точки зрения знающего медика-профессионала считается не заслуживающим внимания.

Современный моральный стандарт медицинской деятельности предписывает самым решительным образом не допускать деперсонализации отношения врача к пациенту, требует уважения его как личности. Однако всегда ли деперсонализация является результатом морально ущербного отношения медика к больному? Дело в том, что в целом ряде распространенных в сегодняшней медицине конкретных ситуаций пациент объективно не может фигурировать в полной мере в качестве личности. Высокая степень разделения труда в современной клинике, оснащенной высокотехнологичным оборудованием, приводит к тому, что непосредственно личный контакт с пациентом осуществляют, как правило, лечащий врач и медицинская сестра. Значительное число специалистов занято выполнением сугубо специальных процедур, практически исключающих элементы личного общения с пациентом. Деперсонализация отношения к пациенту является в данном случае не результатом аморального отношения, но следствием технологизации современной медицинской практики.

Патерналистская модель отношений между врачом и пациентом напоминает отеческое отношение родителя к ребенку или священника к прихожанину. В этой модели заметен существенный прогресс в моральном содержании взаимоотношений. Это уже не безличная манипуляция с предметом, характерная для техницистской модели. Патерналистское отношение наполнено субъективным содержанием и строится как определенного рода межличностное общение. Оно мотивировано стремлением помочь страдающему человеку и избежать нанесения ему вреда. Его моральными характеристиками можно полагать любовь к ближнему, благотворительность, милосердие и справедливость.

Правда, личности находятся при этом в неравном положении. Врач играет роль «отца», обладающего определенными медицинскими зна-

ниями и умеющего их применить. Пациент играет роль несведущего ребенка, добродетель которого заключается в дисциплинированном выполнении предписаний и назначений «старшего».

Патерналистская модель господствовала в медицине на протяжении многих столетий. Она явно выражена и в Клятве Гиппократа, и в Обещании врача России. Патернализм в общении с пациентами остается нормой и для значительного числа современных медиков, да и многие пациенты воспринимают патерналистское отношение к себе как наиболее приемлемое. В чем же несовершенство этой модели с моральной точки зрения? Патернализм ущемляет права пациента как автономной личности, самостоятельно и свободно принимающей важные решения, контролирующей свое состояние. Ну а если пациент сам настаивает на применении патерналистской модели? Кстати, в России такие ситуации очень распространены.

Думается, что патернализм является естественной и самой адекватной формой отношения врачей к больным детям и другим пациентам с ограниченной дееспособностью. То обстоятельство, что в момент принятия ответственного решения интересы ребенка или психически больного могут быть защищены за счет участия их законных представителей (например, родителей), нисколько не умаляет уместности и моральной оправданности патерналистского отношения к ним в контексте рутинных отношений врачевания.

Коллегиальная модель. Большие возможности для реализации ценностей автономной личности создает коллегиальная модель отношений между медицинским работником и пациентом. Больной в рамках этой модели предстает как равноправный в своем взаимодействии с врачом. Для того чтобы играть свою роль, пациент должен получить от врача достаточное количество информации о своем состоянии здоровья, вариантах лечения, прогнозе развития заболевания, возможных осложнениях и т.д. Будучи в некоторой степени уравнен в отношении информированности с медиками, пациент становится в состоянии принимать участие в выработке конкретных решений, касающихся своего лечения, по сути дела действуя как коллега лечащего врача. В данном случае он реализует неотъемлемое право личности на свободу выбора. Однако гармония интересов редко достижима. Врач и пациент могут придерживаться различных ценностных ориентаций, они могут относиться к различным социальным классам и этническим группам. Совпадение интересов очень часто является не правилом, а исключением из правил реального общественного устройства. Например, в условиях коммерческой медицины у врача существует объективная заинтересованность в минимизации собственных расходов и максимизации доходов, тогда как интерес пациента, напротив, состоит в том, чтобы по-

лучить максимум доступной помощи при минимизации собственных затрат на ее получение.

Вместе с тем следует иметь в виду, что существует достаточно представительная область, в которой отношения между врачом и пациентом действительно могут носить коллегиальный характер. Речь идет о случаях длительно текущих хронических заболеваний.

Контрактная модель. Говоря о контрактной модели взаимоотношений между медиками и пациентами, мы имеем в виду не столько юридическое содержание понятия «контракт» (договор), сколько более общее, «символическое». Чем привлекательна контрактная модель в качестве образцовой структуры взаимоотношений между врачом и пациентом? Именно эта модель в наибольшей степени защищает моральные ценности автономной личности. В рамках контрактной модели индивидуумы взаимодействуют между собой таким образом, что каждая из сторон несет определенные обязательства и достигает некоторых выгод. Основные моральные принципы свободы, сохранения достоинства, правдивости, верности принятым обязательствам и справедливости важны для реализации контрактных отношений.

Контрактная форма отношений позволяет избежать тех пагубных для свободы пациента недостатков, которые присущи техницистской и патерналистской моделям. Одновременно она не уповает на иллюзию возможности соучастия пациента в качестве «коллеги» врача. Пациент добровольно устанавливает отношения с врачом на тех условиях, которые считает для себя выгодными и возможными. При этом он может делегировать определенные «властные» полномочия врачу с тем, чтобы тот мог адекватно выполнить свои профессиональные обязательства.

Контрактная модель реалистичнее коллегиальной. Она учитывает невозможность равенства врача и пациента. Эта зависимость, однако, устанавливается на вполне определенных условиях. Если условия не соблюдаются, то пациент вправе считать для себя договор недействительным, лишить врача тех полномочий, которые последний получил в силу договора, и потребовать компенсации.

НАЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ МОДЕЛЕЙ ВРАЧЕВАНИЯ

В России традиционно отношение между врачом и пациентом носили патерналистский характер. Это обусловлено особенностями нашей истории. Россия стоит на такой ступени общественного развития, когда модернизационные реформы проводит правительство, сознание

людей меняется медленно. В сознании российского общества живет уверенность, что бесплатная врачебная помощь — это обязанность государства. Современная ситуация в России демонстрирует также большую загруженность пациентов личными и социальными проблемами, поэтому потребность в утешении и чисто человеческой помощи они адресуют врачу.

Кроме того, все принципы медицинской этики по-прежнему имеют отношение к одному участнику взаимодействия — медицинскому работнику, хотя ответственность за здоровье несет прежде всего сам пациент. Роль врача гипертрофируется, он становится фигурой, концентрирующей ответственность за жизнь и здоровье пациента, и именно таковым предстает в его глазах. Более того, всю ответственность за проблемы в здравоохранении пациенты склонны возлагать на врачей. Примером тому может быть современная ситуация в России, когда престиж профессии врача подвергается сомнению в СМИ и Интернете.

Пример. В одном из региональных центров России вышел номер местной газеты с большим заголовком на первой полосе: «Врачи-убийцы». Из представленного материала выяснилось, что региональная прокуратура на своем сайте разместила информацию о принятых мерах по устранению нарушений в учреждениях здравоохранения. Этот факт позволил журналистам поместить пространный материал (без фактов) о том, какие у нас плохие врачи. Знакомство с документами прокуратуры показало, что обнаружены недостатки в работе а) котельной, б) пищеблока, в) инженерных сетей и регистратур некоторых медицинских учреждений, а также выявлен один (!) врач, который выдал необоснованно листок нетрудоспособности пациенту. Это типичный случай обобщения всех недостатков здравоохранения в фигуре врача.

Такая ситуация типична для систем здравоохранения развивающихся стран, где внутримедицинская специализация развита слабо. К сожалению, Россию пока можно отнести к таким странам.

Возникающее противоречие можно решить несколькими способами, но наиболее распространенным является один — принятие патерналистской модели врачевания. Она оправдывает однобокость моральных принципов медицинской этики. Кроме того, существует потребность в такой модели у самих пациентов. Отчасти это связано с иждивенческими настроениями в области медицины, которые формировались долго и которые не так просто преодолеть.

И здесь мы должны отметить, что формы социальной регуляции, несмотря на содержащийся в них инвариант, который именно и позволяет представителям разных систем здравоохранения в мире понимать друг друга, имеют ярко выраженные национальные особенности. Иногда без знания национальной специфики просто невозможно объяснить,

почему в той или иной стране не действуют принятые мировым сообществом протоколы, несмотря на то что все с ними согласны. Историческая и этническая обусловленность социального заказа в здравоохранении не может игнорироваться и в условиях глобализации, поскольку индивидуальный компонент объекта медицинской заботы — человек — в большей степени оказывается связан с этногенетическими и историко-культурными факторами страны, и более того, конкретного региона, чем с общецивилизационными тенденциями. Без уникального генофонда, без уникальной экологической ниши нет и не может быть нации. Следовательно, сохранение ее человеческого потенциала необходимо связано с сохранением этих компонентов и оформляющих их культурно-исторических способов выживания. К сожалению, в этом аспекте особенности этногенеза России практически не рассматриваются в медицине и биоэтике.

Одной из особенностей традиции русского социального устройства было длительное существование общины, возникшей на основе совместного землепользования и коллективной трудовой взаимопомощи. Община регулировала различные формы общественного поведения, несла фискальную ответственность. Именно традиции общины обусловили впоследствии рождение, становление и расцвет земской медицины — этого уникального явления мировой медицинской культуры.

Земская медицина представляет собой оригинальное, самобытное явление, огромный шаг вперед в рационализации охраны здоровья населения. «Западная Европа выработала медицинскую помощь в болезнях преимущественно в виде личного дела больного и служащего ему врача, на правах ремесла или торговли. Русская земская медицина явилась чисто общественным делом»,— писал профессор М.Я. Капустин.

Кроме того, развитие нормативной регуляции в медицине при советской власти шло достаточно неровно. Здесь сказывалась не только монополизация моральных проблем компартией, которая выступала как олицетворение нравственного идеала (как Бог в христианстве), и следовательно, все этические принципы в медицине должны были быть подчинены задекларированным общегосударственным принципам. Здесь сказывалась еще и конъюнктура внутримедицинская, а чаще всего — просто неграмотность чиновников от медицины.

Мы уже приводили пример того, как нарком здравоохранения Н.А. Семашко выступал против сохранения врачебной тайны как буржуазного пережитка. И ее не сохраняли. Развивалось иждивенческое отношение к медицине со стороны пациентов, поскольку бесплатный ха-

рактер медицинской помощи никак не подкреплялся какими бы то ни было обязательствами пациента.

Поэтому патерналистская модель в сегодняшней нашей практической медицине превалирует, принцип информированного согласия если и соблюдается, то зачастую неформально — без соответствующих документов. Контрактная модель существует только в частных клиниках, поскольку подавляющее большинство людей пока не привыкли к мысли о покупке здоровья по сходной цене, да у них и денег нет.

По данным социологических исследований, у россиян сложилось противоречивое отношение к системе здравоохранения, которое достаточно стабильно существует в массовом сознании. С одной стороны, это безграничное доверие к лечащему врачу, с другой — столь же безграничное недоверие к системе здравоохранения и медицинским чиновникам. Поэтому патерналистские настроения сейчас в большей степени присущи пациентам, их поведение в отношении своего здоровья формируется на основе:

- низкого уровня компетентности в вопросах медицины,
- больших нервно-психических перегрузок и желания переложить часть своих забот на плечи врача;
- дезориентацией в новых формах медицинского обслуживания, ценах и лекарствах.

Поддержка патерналистской модели осуществляется и представителями фармацевтических компаний, работающими на российском рынке лекарств. Эта поддержка носит неочевидный характер, но она существует. Только в условиях действия патерналистской модели врачи обладают большими возможностями рекомендовать пациентам определенные лекарственные средства с уверенностью, что их совету последуют. И врачи, обслуживающие интересы определенных фармацевтических компаний, рекомендуют пациентам дорогостоящие импортные препараты вместо дешевых отечественных.

Также удобна патерналистская модель при проведении клинических испытаний. Добровольность участия в них предопределена отношением пациента к своему лечащему врачу — его мнение определяет выбор пациента. Этическая опасность использования незащищенных групп пациентов в клинических испытаниях, таким образом, возрастает. А в России в настоящее время к незащищенным группам относится почти 50% населения — малообеспеченные старики, безработные, вынужденные переселенцы, дети, инвалиды, этнические меньшинства, заключенные и т.д.

Приходится признать, что патерналистская модель выгодна и страховым компаниям, поскольку их контингент в России составляют специалисты в области медицины, а не специалисты в области страхования или

социальной работы. Взаимоотношения страховщиков и медицинских работников строятся по принципам корпоративной морали, поскольку все они «из одного гнезда». Поэтому контрактная или коллегиальная модель меньше устраивает страховые компании, чем патерналистская.

Остается вопрос, насколько заинтересованы сами врачи в сохранении патерналистской модели в медицине. Теоретически они должны быть заинтересованы в этом по двум причинам:

1) их учат именно этой форме общения с пациентами в российской высшей медицинской школе и
2) в условиях патерналистской модели объем работы меньше — не надо обсуждать что-то с пациентом, не обязательно ежедневно заниматься повышением квалификации и т.п.

Однако на практике, как показывают проведенные социологические исследования в Южном федеральном округе России, ситуация иная. Среди практикующих врачей сторонниками патерналистской модели являются: люди старше 50 лет (78%); женщины (63%); врачи, работающие в сельской местности (74%). Наименьшее число сторонников патерналистской модели обнаружили социологи среди практических врачей в возрасте от 30 до 45 лет (23%), преподавателей медицинских институтов (22%) и врачей, занимающихся частной практикой (18%). Среди узких специалистов наибольшее число сторонников патерналистской модели среди хирургов и педиатров (соответственно 73% и 58%). Наименьшее — среди стоматологов (12%), которые давно практикуют контрактную модель и к ней привыкли.

В результате проведенного исследования выявлены факторы, поддерживающие установки на реализацию патерналистской модели во врачебной деятельности. Это (по мере убывания):

1) культурные и религиозные традиции;
2) образовательные установки;
3) низкий уровень профессиональной квалификации и отсутствие мотивов для ее повышения;
4) некомпетентность в вопросах биоэтического регулирования врачебной деятельности;
5) финансовые интересы.

Все указанные причины достаточно ясны, кроме одной. Что означает некомпетентность в вопросах биоэтического регулирования врачебной деятельности? В русской культурной традиции моральные принципы занимают ведущее место. Это связано и с историей, и с религией, и с особым вниманием, которое уделяется моральной регуляции в любом централизованном государстве, а именно таким государством являлась Россия на протяжении веков.

***

В России институциональные формы морального регулирования всегда были развиты достаточно слабо. Патерналистская тенденция в развитии культуры предполагала осуществление этих функций самой государственной властью. В настоящее время институциализация этической регуляции в России только начинается. Существуют проблемы с организацией этического образования, с развитием сети этических комитетов. Нерешенность этих вопросов также способствует сохранению патерналистской модели врачевания.

Вопросы и задания для самопроверки

1. Какая разница между понятиями «больной» и «пациент», употребление какого из них представляется вам более этичным?
2. Какой социальный смысл мы вкладываем в понятие «болезнь»?
3. Охарактеризуйте роль больного по основным ее признакам.
4. Что входит в социальный статус врача?
5. Какие модели взаимоотношений врача и пациента предлагает выделять Р. Вич?
6. Приведите примеры техницистской модели врачевания. В каких медицинских учреждениях она более приемлема (1-й уровень – учреждения шаговой доступности, 2-й уровень – районные поликлиники и стационары, 3-й уровень – высокотехнологичные медицинские центры).
7. Почему патерналистская модель врачевания так распространена в России?
8. Как вы можете оценить перспективы коллегиальной модели врачевания в России?
9. В каких областях медицины наиболее приемлема контрактная модель врачевания (терапия, хирургия, акушерство и гинекология, педиатрия, психиатрия, стоматология, офтальмология, др.).
10. Какие национальные особенности влияют на предпочтения врачей и пациентов при выборе модели взаимоотношений между ними?

Задания для закрепления материала

1. Рассмотрите следующий случай.

   Врач акушер-гинеколог М. выполнила абдоминальную гистерэкомию 53-летней пациентке Г. До операции врач М. информировала пациентку Г. о потенциальных рисках и осложнениях процедуры. Врач М. обсудила с ней общую анестезию и объяснила возможные осложнения. Она также рассказала о возможном повреждении

органов, которые расположены рядом с маткой (мочевого пузыря, прямой кишки, мочевыводящих путей). С пациенткой также обсуждались вопросы риска кровотечения во время операции и инфекционных осложнений после нее. После этого врач М. описала все материальные затраты на операцию и пациентка Г. согласилась на операцию (подписала информированное согласие).

Врач М. страдала эпилепсией с 1989 г, но эта информация не была известна пациентке Г. Врач М. не страдала эпилептическими судорожными приступами и никогда не испытывала судорог во время операции, находилась на поддерживающей медикаментозной терапии. Через 2 дня после операции у пациентки Г. обнаружились нарушения функций мочевого пузыря вследствие его повреждения во время оперативного вмешательства, и вызванному врачу-урологу пришлось провести повторную операцию по восстановлению мочевого пузыря. На следующее утро после повторной операции пациентка Г. скончалась от развившейся тромбоэмболии легочной артерии.

Родственники пациентки Г. обратились в суд. Основной претензией в исковом заявлении являлся факт сокрытия врачом М. своего заболевания – эпилепсии, поскольку, по их мнению, она не могла оперировать с таким диагнозом, создавая высокие риски для здоровья пациента во время операции. Суд рассмотрел исковое заявление родственников пациентки Г. и вынес определение, согласно которому возникшие последствия операции не связаны с заболеванием врача М.

Соблюдены ли требования к роли а) врача и б) пациента в данном случае?

2. Прокомментируйте следующий пример.

Пациент Л., 22 года, обратился с жалобами на изменение цвета верхних фронтальных зубов. Анамнез: косметический дефект стал заметен после окончания ортодонтического лечения с использованием несъемной техники около года назад. Пациент осознавал, что причиной заболевания стала неудовлетворительная гигиена полости рта во время ортодонтического лечения. Объективно: гладкие или шероховатые при зондировании, матовые при высушивании пятна с неровными краями от белого до желто-коричневого цвета на вестибулярной поверхности в пришеечной и экваторной зоне зубов 1.2, 1.1, 2.1, 2.2, 2.3, окрашиваются 2%-ным раствором метиленового синего после нанесения его на высушенную поверхность эмали. Диагноз (МКБ-10): 1.2, 1.1, 2.1, 2.2, 2.3 – кариес эмали (К02.0). Пациенту было предложено два плана лечения, рекомендованных при данной форме заболевания.

1. Щадящее препарирование пораженных участков эмали с дальнейшим пломбированием дефекта текучим композиционным материалом. В качестве текучего материала был предложен G-aenial Universal Flo-компания GC, Япония, с инновационным составом, в основе которого лежит уникальная технология обработки наполнителей. В отличие от прочих жидкотекучих композитов этот материал обладает большей насыщенностью наполнителями, которые при этом распределяются максимально равномерно. Результат – увеличенная прочность и износоустойчивость материала в сочетании с высокой эстетикой. Эти ключевые характеристики данного жидкотекучего композита позволяют использовать его для гораздо более широкого диапазона показаний по сравнению с традиционными жидкотекучими материалами [1].

Преимущества: метод лечения обеспечивает высокий эстетический результат.

Недостатки: необходимость препарирования твердых тканей зуба.

2. Лечение кариеса методом инфильтрации материалом ICON.

Преимущества: отсутствие препарирования, т.е. максимальное сохранение твердых тканей зуба.

Недостатки: эстетический результат лечения не всегда бывает полным: белые пятна могут полностью не исчезнуть. Чем темнее изначально кариозное пятно, тем хуже прогноз результата цветового соответствия инфильтрированного очага и окружающей эмали после лечения [3]. Относительная дороговизна лечения.

В ходе обсуждения плана лечения пациент спросил, какой метод лечения врач предпочел бы для себя в данной ситуации. Стоматолог рекомендовал первый план как наиболее прогнозируемый, эффективный эстетически в связи с большим количеством пораженных зубов и интенсивной пигментацией пятен. Пациент, однако, дал согласие на второй план — с применением технологии ICON, так как был мотивирован данными, полученными в Интернете, о технологии без препарирования. Основным желанием пациента было остановить прогрессирование кариозного процесса и максимально сохранить объем твердых тканей зубов. Эстетический результат для него был не самым важным. Для врача, помимо предотвращения дальнейшего прогрессирования очага поражения, важной была абсолютная эстетика зубов.

Пациенту в начале лечения была проведена контролируемая чистка зубов, даны рекомендации по гигиене полости рта и питанию.

В результате проведенного лечения с помощью материала ICON часть белых пятен визуально исчезла, другие — уменьшились в размерах, интенсивность коричневой пигментации снизилась — пятна приобрели светло-желтый оттенок. Полная эстетика не была достигнута. Однако пациент остался очень доволен, так как его приоритетные желания были учтены.

Какая модель взаимоотношений врача и пациента применялась в данном случае? Эффективна ли она в данной ситуации?

3. Проанализируйте приведенную ниже ситуацию.

Пациентка Н., 43 года. Обратилась в Центр красоты с целью омоложения кожи лица. При беседе с врачом дерматокосметологом предъявляла жалобы на снижение тонуса кожи, мелкую сеть морщин в области глаз, наличие многочисленных веснушек. В результате беседы с врачом был выбран метод лазерного омоложения кожи лица новейшим лазером FRAXEL restore dual. Врач объяснил пациентке, что панацеи против процессов старения нет, однако данная процедура значительно улучшит состояние ее кожи, тем более что лазерное омоложение по подобной системе занимает лидирующие позиции в мире. Врач объяснил, что результат одной процедуры можно будет оценить через месяц и что для выраженного эффекта потребуется три процедуры. Они договорились о дне процедуры. После проведенного лазерного омоложения пациентка Н. на осмотр не явилась, как полагалось через 10 дней. Она позвонила через две недели и сказала, что чувствует себя прекрасно и результат ее уже радует, что кожа вокруг глаз разгладилась и укрепилась и что она думает о последующем визите. По истечении месяца она вновь позвонила врачу и стала высказывать недовольство. Врач пригласил ее на осмотр. Она жаловалась на слабый эффект от лазера, сетовала, что стоимость процедуры совершенно не оправдана. Общалась с врачом грубо, на «ты», сказала, что процедура совсем не повлияла на ее веснушки, а еще больше усугубила состояние, так как на коже появились дополнительные пигментные пятна. Высказав все это, она поставила доктора перед выбором: либо ей проводят курс дорогостоящих осветляющих процедур, либо она идет жаловаться в вышестоящие инстанции.

Права ли пациентка? Можно ли сказать, что она и врач использовали при общении одну и ту же модель взаимоотношений?

Глава 9

ЭТИКА КЛИНИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Ключевые понятия темы: клинические исследования, клинические испытания, доклинические исследования, незащищенные группы пациентов.

Объяснительной гипотезой соотношения знаний, ценностей и деятельности в медицине выступает биомедицинская этика. Как мы уже отмечали, острый интерес к биомедицинской этике возник первоначально в связи с использованием человека в качестве испытуемого в клинических исследованиях. Одновременно общество озаботилось проблемой экспериментов на животных и манипуляций с трупным материалом. Встал вопрос о рисках, связанных с новыми достижениями медицины. Постепенно сформировалась строгая концепция этической экспертизы клинических и доклинических исследований, в которой краеугольным камнем является следование принципам биоэтики. Собственно формирование такой концепции и стимулировало научный поиск в разработке принципов и правил биоэтики, о которых мы говорили ранее.

КЛИНИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ И КЛИНИЧЕСКИЕ ИСПЫТАНИЯ: ОСНОВНЫЕ ТЕРМИНЫ

Первое, что нужно сделать, — дифференцировать понятия «исследования» и «испытания», которые часто употребляют в медицине как синонимы.

Исследования	Испытания
— от «исследовать». По Далю: «Исследовать — ... разыскивать, изведывать, доходить разбирательством, стараться узнать неизвестное по данным, вникать и разбирать, узнавать, производить следствие, розыск...» (т. 2, с. 78)	— от «испытать, испытывать». По Далю: «искушать, изведывать на деле, пробовать, дознавать, **убеждаться исследованием** (выделено авт.), доходить опытом, познать в подробности, узнавать опытностью... замучить пыткою, запытать (т. 2, с. 135)

В философском смысле испытания имеют дело с явлениями, а исследования — с сущностями. В этом смысле нельзя говорить «слепое рандомизированное исследование». Можно говорить «испытание».

Представляется возможным определить соотношение между указанными понятиями как между общим и частным, где общее — «исследование», а частное — «испытание». В содержательном плане исследование включает в себя как эмпирический, так и теоретический уровни, а испытание — только эмпирический, оформленный протокольными предложениями.

КЛИНИЧЕСКИЕ ИСПЫТАНИЯ (КИ)

В Руководстве по GCP, принятом на Международной конференции по гармонизации технических требований к регистрации медикаментов, применяемых у людей (Draft 9, STEP 2 27/04/1996), дается следующее определение клиническому исследованию (= испытанию): «Clinical Trial — любое организованное исследование препаратов, проводимое на людях, направленное на выяснение или уточнение клинических, фармакологических и (или) фармакодинамических эффектов, и (или) для выявления нежелательных реакций на исследуемые препараты, и (или) для изучения всасывания, распределения, метаболизма и выведения из организма препаратов, осуществляемое с целью определения их безопасности и (или) эффективности» (Руководство по проведению добросовестных клинических исследований. Русская версия № 1. М., 1997. С. 5).

В логическом смысле это определение некорректно, поскольку речь в определяющем идет только об испытаниях лекарственных препаратов, что не исчерпывает содержание определяемого — «клинические исследования». Могут ли существовать клинические исследования, не включающие испытания лекарственных препаратов? Очевидно, что методы лабораторной (и нелабораторной) диагностики, новое оборудование и технологические приемы, методы по уходу за пациентами, методы паллиативной медицины, психотерапевтические методы и многое другое также должно быть испытано перед внедрением в практику. В приведенном определении этого нет.

Клиническое исследование начинается с постановки проблемы, затем следует изучение литературы по данному вопросу, затем — выдвижение гипотез и теоретический анализ, затем — лабораторная эмпирическая проверка и только потом — испытание с привлечением человека. Клиническое исследование может прерваться на любом этапе, если гипотеза перестанет подтверждаться, но от этого оно не перестанет быть именно клиническим исследованием. Главное — ***клинические исследования полностью подчиняются логике научного познания в медицине*** (схема 11).

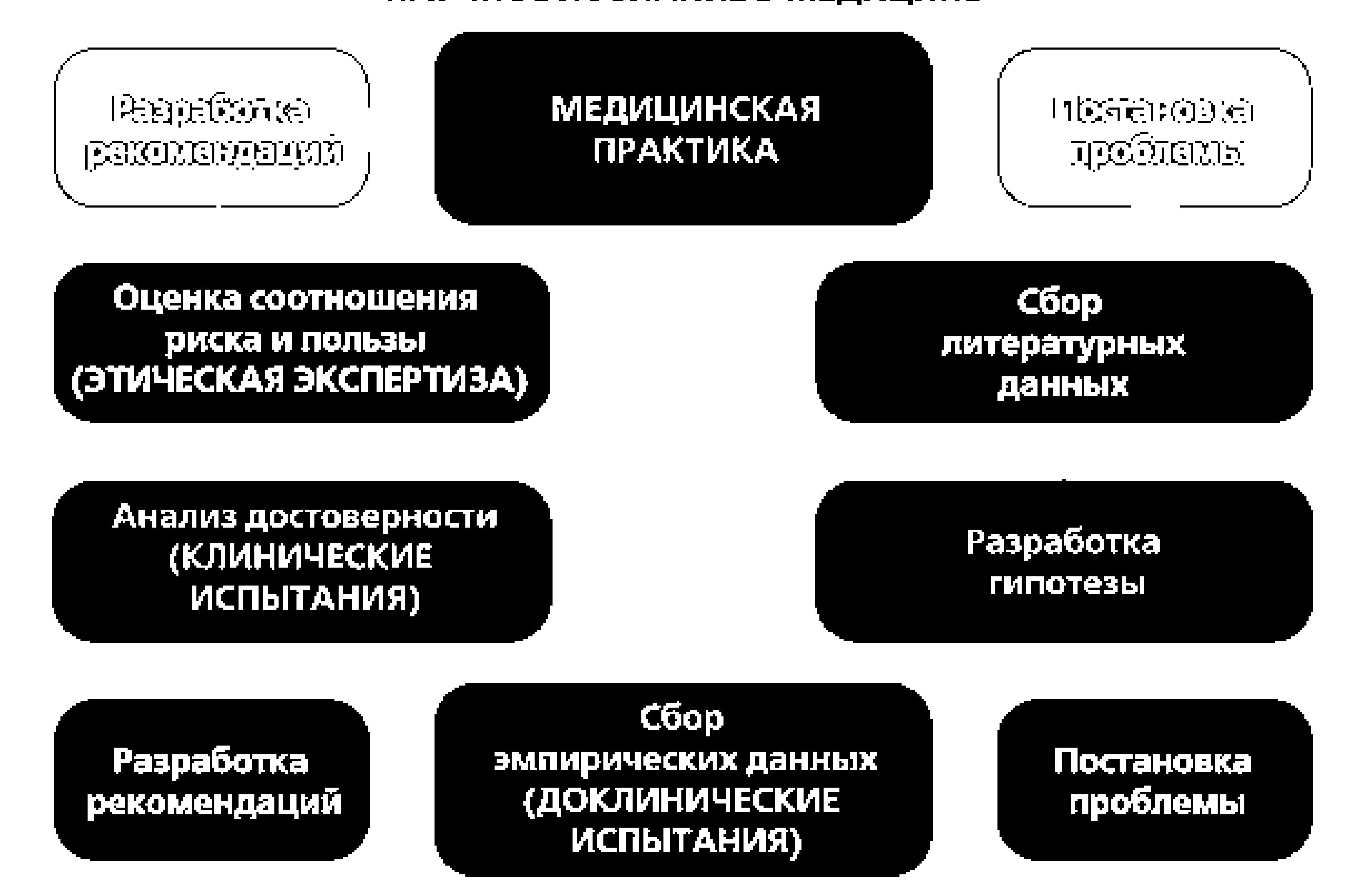


Схема 11. Ступени научного познания в медицине

Иногда клинические испытания называют экспериментом, что совершенно неправильно. Отождествление КИ с экспериментом ведет к отрицанию смысла КИ. Гипотеза исследования, построение модели, предсказание, объяснение, выбор метода, интерпретация результатов — все это остается за рамками эксперимента, следовательно, КИ и эксперимент не тождественны. Также не тождественны эксперимент и клинические испытания, поскольку они персонифицированы, и воспроизводство идентичных условий, необходимое для того, чтобы опыт считался экспериментом, невозможно.

НЕОБХОДИМОСТЬ И СМЫСЛ ЭТИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ДОКЛИНИЧЕСКИХ И КЛИНИЧЕСКИХ ИСПЫТАНИЙ

Целями этической экспертизы (ЭЭ), по определению англо-русского словаря терминов, используемых при проведении клинических испытаний, являются: «... обеспечение защиты прав, безопасности и благополучия субъектов исследования и гарантирование общественности этой защиты посредством (наряду с другими способами) рассмотрения

и одобрения протокола клинического исследования, приемлемости исследователей, оборудования, а также методов и материалов, которые предполагается использовать при получении и документировании информированного согласия субъектов исследования» (English-Russian dictionary of terms used in the conduct of clinical trials on medicinal products/ http://clinical_trials.academic.ru/- Доступ 18.02.2016). Это узко. Но всякое расширение смысла данного понятия имеет своим результатом отождествление терминов «этическая экспертиза» и «гуманитарная экспертиза». Следовательно, основная проблема — не определение предмета ЭЭ (он известен), а функциональное выделение ЭЭ в поле гуманитарной экспертизы.

ПОНЯТИЙНЫЙ АППАРАТ ЭТИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ

Целью этической экспертизы обычно считают определение соотношения риска и пользы испытываемых ЛС, методов лечения или медицинской аппаратуры. Но на самом деле риск соотносится с безопасностью, а польза — с вредом. Но вред и безопасность — это предмет не этического, а юридического и административного регулирования.

РИСК	Возможность нанесения вреда (индивидуальные реакции, несоблюдение этических принципов исследования и т.п.).	Предмет этической регуляции
БЕЗОПАСНОСТЬ	Соблюдение всех граничных условий исследования (научных методик, правил ведения документации, правил работы в клинике и т.п.)	Предмет административной и юридической регламентации
ВРЕД	Ухудшение здоровья (побочные эффекты, сопутствующие заболевания, смерть)	Предмет юридической регламентации
ПОЛЬЗА	Улучшение здоровья	Предмет этической регламентации

Определение соотношения риска и пользы является целью любой этической экспертизы, которая требует нравственного поведения исследователя в любой ситуации и по отношению к любому предмету исследования — *биоматериалам, животным, человеку.*

ДОКЛИНИЧЕСКИЕ ИСПЫТАНИЯ И РАБОТА С ТРУПНЫМ МАТЕРИАЛОМ

Клинические исследования проводятся в четыре этапа на основе рекомендаций по результатам испытаний на животных. Разумеется, этому предшествуют этапы теоретической и лабораторной разработок. Собственно оценка соотношения риска и пользы новых лекарственных средств, технических материалов и приспособлений, новых методов лечения начинается еще на стадии работы с животными. Она проводится на основе Рекомендаций по GLP. Предметом этической экспертизы является также морфологическая составляющая (работа с трупным материалом).

Признавая необходимость использования трупного материала и лабораторных животных для образовательного процесса и научно-исследовательской работы, следует руководствоваться определенными требованиями и соблюдать условия, в наиболее общей форме изложенные в Хельсинкской декларации Всемирной медицинской ассоциации (ВМА).

К числу основных положений, вытекающих из содержания этого документа, могут быть отнесены следующие:

- эксперимент должен быть спланирован на основе углубленного изучения проблемы по данным литературы;
- эксперимент должен быть тщательно обоснован и направлен на получение результатов, недостижимых другими методами;
- при проведении экспериментов на животных должны быть приняты меры, позволяющие избежать излишних физических страданий или повреждений;
- эксперимент должен осуществляться квалифицированными специалистами, а обучение проводиться под руководством квалифицированных преподавателей;
- на всех этапах научно-исследовательской или учебной работы должен быть обеспечен максимальный уровень внимания и мастерства как организаторами, так и всеми участниками процесса.

Законы и постановления, являющиеся правовой основой для выполнения научно-исследовательских работ и осуществления учебного процесса с использованием биологического материала и экспериментальных животных:

1. Федеральный закон от 12 января 1996 г. № 8-ФЗ «О погребении и похоронном деле» (ред. от 28.11.2015, с изм. от 14.12.2015).
2. Семейный кодекс Российской Федерации от 29 декабря 1995 г. № 223-ФЗ (редакция от 30.12.2015).

3. Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
4. Закон РФ от 22 декабря 1992 г. № 4180-I «О трансплантации органов и (или) тканей человека» (в ред. от 20 июня 2000 г.).
5. Хельсинкская декларация Всемирной медицинской ассоциации. Этические принципы проведения медицинских исследований с участием человека в качестве субъекта. Принята на 18-й Генеральной Ассамблее ВМА, Хельсинки, Финляндия, июнь 1964 г. (с изменениями 1975, 1983, 1989, 1996, 2000, 2002, 2004, 2008, 2013 гг.).
6. Различные директивы Европейского сообщества в области биоэтики др.

Согласно разъяснению Федерального управления медико-биологических и экстремальных проблем при Минздраве России, вопрос обеспечения учебного процесса трупным материалом может быть решен местными административными органами здравоохранения на основании Закона «О погребении и похоронном деле» и Семейного кодекса РФ, путем заключения договоров с соответствующим патологоанатомическим бюро или лечебно-профилактическими учреждениями, имеющими в своем составе морги (патологоанатомические отделения). Аналогичные договоры могут быть заключены с администрацией домов престарелых или интернатов, состоящих в ведении департамента социальной защиты населения. При этом может быть разрешена передача невостребованных трупов, т.е. тел умерших, у которых отсутствуют супруг (а), близкие родственники, иные родственники либо законные представители, или при невозможности осуществления ими погребения, а также при отсутствии иных лиц, взявших на себя обязанность осуществить погребение (ст. 12 Закона «О погребении и похоронном деле»).

Условия и порядок изъятия биологических объектов (органов, тканей) как у доноров, так и у трупов определены в Законе РФ «О трансплантации органов и (или) тканей человека», который опирается на основные достижения современной науки. Важнейшим моментом при изъятии органов или тканей у трупа является положение о презумпции согласия на их забор. В законе (ст. 8–9) указывается: «*Изъятие органов и (или) тканей у трупа не допускается, если учреждение здравоохранения на момент изъятия поставлено в известность о том, что при жизни данное лицо либо его близкий родственник или законный представитель заявили о своем несогласии изъятия его органов и (или) тканей после смерти для трансплантации реципиенту*».

Следует подчеркнуть, что операция посмертного изъятия органов и тканей для клинических, учебных или научных целей не должна пре-

пятствовать диагностике при последующей патологоанатомической или судебно-медицинской экспертизе трупа или приводить к обезображиванию трупа (приказ Минздрава России от 10 декабря 1996 г. № 407). В соответствии с этим приказом изъятие органов, тканей и частей трупа, в том числе с повреждениями и другими особенностями, для научных и учебно-педагогических целей допускается только после окончания секционного исследования.

МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ И УЧЕБНЫЕ ЗАНЯТИЯ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЛАБОРАТОРНЫХ ЖИВОТНЫХ

Дискуссии об использовании животных в качестве испытуемых велись всегда. Но альтернативы их использованию пока нет. Поэтому разработаны критерии необходимости использования лабораторных животных для учебных и научных целей:

- обучение технике неотложных оперативных вмешательств, овладение навыками и умениями, необходимыми для последующей работы в клинике, приобретение которых не может быть обеспечено другими способами;
- обучение технике интубации, управляемого дыхания и наркоза, осуществимое только на живом объекте;
- обучение способам остановки кровотечения, разъединению и соединению живых тканей, обладающих естественной сократимостью, эластичностью, смещаемостью (подвижностью) и регенераторной способностью, что не может быть воспроизведено другими способами или на иных объектах;
- обучение хирургическим операциям и инвазивным манипуляциям в условиях, максимально приближенных к реальности, при одновременном исключении фактора риска для жизни и здоровья человека при отсутствии адекватных замещающих способов;
- выполнение фундаментальных научных исследований, требующих экспериментального подтверждения; проведение экспериментального этапа доклинических испытаний, направленных на получение результатов, недостижимых другими средствами (разработка новых или улучшение существующих способов лечения, разработка технологии или получение знаний для разработки нового эффективного способа лечения, диагностики или выяснения этиопатогенеза заболевания и т.п.).

ЭТИЧЕСКИЕ ПРИНЦИПЫ ПРОВЕДЕНИЯ ИСПЫТАНИЙ С ПРИВЛЕЧЕНИЕМ ЖИВОТНЫХ

«Правилами проведения качественных клинических испытаний в Российской Федерации» (ОСТ 42-511-99, утв. Минздравом России от 29 декабря 1998 г. и введены в действие с 1 января 1999 г.) предусмотрено проведение экспериментов на животных при условии обоснования цели исследования, определения вида и числа животных, необходимых для решения поставленных задач. Учреждения могут проводить работу на животных при соблюдении следующих условий:

1) наличия вивария (экспериментально-биологической клиники), оборудованного в соответствии с санитарными требованиями № 1045-73 от 6 апреля 1973 г.;
2) наличия экспериментальной операционной (лаборатории) с соответствующим оборудованием;
3) наличия штата сотрудников, обеспечивающих уход за животными.

Условия содержания животного в виварии (клинике) должны обеспечивать для него нормальный биологический фон и полностью соответствовать требованиям СНИП. При планировании учебных занятий или научных экспериментов должны быть обоснованы вид используемых животных и необходимое для получения достоверных результатов количество. Все процедуры на животном, которые могут вызвать у него боль или иного рода мучительное состояние, проводятся при достаточном обезболивании (под местной анестезией или под наркозом).

Запрещается использование животного для проведения болезненных процедур более чем один раз, кроме животных, используемых для контрольных экспериментов в хронической серии эксперимента. При проведении экспериментов и других процедур в условиях повышенного риска для жизни животных или при выполнении работ на животных малоопытными лицами (например, студентами) должны быть рядом лица, ответственные за исполнение процедуры, контролирующие адекватность обезболивания и состояние животного. В послеоперационном периоде животное должно получать квалифицированный уход и адекватное обезболивание. Основополагающими следует считать принципы, введенные Russel и Burch (*Правило трех R*):

1) reduction — максимально возможное уменьшение числа животных, используемых для осуществления необходимых учебных или научных целей;
2) refinement — улучшение, совершенствование экспериментальных методик для снижения (исключения) отрицательных (болевых, стрессирующих и др.) влияний на животное;

3) replacement — устранение животных из экспериментальной или учебной работы, если есть возможность получить аналогичные результаты альтернативными методами.

ТИПЫ И ВИДЫ КЛИНИЧЕСКИХ ИСПЫТАНИЙ

После того как манипуляции с биоматериалом и испытания на животных прошли успешно, можно приступать непосредственно к клиническим испытаниям. Выделять определенные типы и виды КИ можно по разным критериям. Далее мы приводим краткие определения тех из них, которые чаще всего можно встретить в литературе.

В **ретроспективных** исследованиях оцениваются события, которые уже произошли. Иногда исследование включает только изучение существующих официальных или частных документов. В этом случае комитет по этике (ЭК) может освободить исследование от экспертизы, провести экспертизу в ускоренном порядке или назначить полноценную экспертизу в зависимости от характера исследования и политики ЭК. Следует учитывать, что исследование письменных источников, проводимое без предварительного согласия испытуемых, затрагивает соображения неприкосновенности личной жизни.

В ***проспективных*** исследованиях вначале составляется план исследования, определяется дизайн, порядок сбора данных и статистической обработки, а затем проводится само исследование. Проспективные исследования с участием людей должны подвергаться этической экспертизе независимого комитета по этике.

Несравнительные и сравнительные исследования. В несравнительных клинических исследованиях изучаемое лечение ни с чем не сравнивается. Обычно анализируется динамика какого-либо показателя (например, изменение уровня общего холестерина при применении какого-то гипотензивного препарата) к концу периода лечения. Однако большинство крупных клинических исследований планируются и выполняются как сравнительные (например, сравнение исследуемого препарата с другим активным веществом или с плацебо). Проходят экспертизу ЭК.

Контролируемые исследования. Исследование является контролируемым, когда исследуемый препарат сравнивают с группой сравнения (контрольной группой). Группой сравнения может быть другое активное лечение, имеющее уже известную эффективность и переносимость; плацебо; другая доза или лекарственная форма того же препарата; отсутствие лечения; рутинная терапия (лечение, не оговоренное протоколом исследования) или исторический контроль. Контролируемые ис-

следования, как и любые другие проспективные исследования, подвергаются этической экспертизе со стороны ЭК.

Исследования при помощи опросов, анкетирования и интервью. Опросы, анкетирования и интервью обычно применяются в таких общественных биомедицинских научных дисциплинах, как эпидемиология антропология, фармакоэкономика, фармакоэпидемиология, психология и социология. Исследования, включающие опросы и интервьюирование детей, должны подлежать тщательной экспертизе ЭК. Кроме того, некоторые ЭК могут подвергать экспертизе все исследовательские проекты с участием людей.

Эпидемиологические исследования. Нередко трудно доказать наличие причинно-следственной связи между каким-либо фактором и развитием конкретной патологии у человека. Огромное число симптомов и синдромов заболеваний неспецифично, и их возникновение возможно в результате большого количества разнообразных факторов. Это является причиной неопределенности суждений как в случае выявления, так и в случае оценки возможных последствий. Также затруднения часто возникают, когда недуг развивается в результате длительного действия какого-либо вещества (например, при токсикологических исследованиях) в малых дозах, а проявлению патологического процесса предшествует длительный скрытый период (канцерогенез). И здесь на помощь приходят эпидемиологические исследования.

По способу организации схемы выполнения можно выделить несколько основных типов эпидемиологических исследований:

- регистрации серии событий;
- исследование типа «случай — контроль»: связанный с экспозицией риск вычисляется путем сравнения группы заболевших («случаев») и группы здоровых лиц («контролей»);
- когортное исследование: оценивается риск заболевания среди определенной группы населения в сравнении с контрольной группой;
- корреляционные исследования: выявляются временные, профессиональные, алиментарные или другие связи заболеваемости.

По временной направленности плана изучения связи заболеваний и воздействий можно выделить:

- ретроспективные исследования — осуществляются по результатам регистрации заболеваний лиц за какой-то отрезок времени в прошлом;
- «поперечные» исследования на основе оценки текущей распространенности заболевания (или заболеваемости) и воздействия фактора. В типичных исследованиях «поперечного среза» пациенты заполняют однократно вопросник (анкету);

- проспективные исследования, предусматривающие определенный план регистрации заболеваний и экспозиции людей в будущем в течение заданного периода времени с последующим анализом данных.

Маскированные исследования (с применением плацебо). Плацебо-эффект – это изменения в состоянии организма, вызванные самим фактом приема лекарственного средства, вне зависимости от его действующего начала.

Причины, по которым в исследования включают группу, получающую плацебо, следующие:

- контроль психологических аспектов участия в клиническом испытании;
- возможность корректно интерпретировать полученные данные и сделать правильные выводы об эффективности и безопасности лекарственного средства.

Комитеты по этике при рассмотрении протоколов (программ) исследований, включающих группу плацебо, должны с особой тщательностью взвешивать обоснованность применения плацебо в конкретном проекте. Можно воспользоваться рекомендациями текущей редакции Хельсинкской декларации Всемирной медицинской ассоциации (ВМА). Статья 29 Декларации гласит:

> «Польза, риски, неудобства и эффективность нового метода должны оцениваться в сравнении с лучшими на текущий момент профилактическими, диагностическими и терапевтическими методами. В тех случаях, когда не существует апробированного профилактического, диагностического или терапевтического метода, возможно использование в исследованиях групп сравнения с плацебо либо с отсутствием лечения».

Однако такие достаточно жесткие формулировки вызвали дискуссию в среде профессионалов клинических исследований. Поэтому ВМА была вынуждена сделать разъяснения к ст. 29:

> «Настоящим ВМА подтверждает свою позицию в отношении того, что решения о проведении плацебо-контролируемых исследований должно приниматься с крайней осторожностью и что в целом данная методология может использоваться только в отсутствие апробированных методов терапии. Однако проведение плацебо-контролируемых исследований может быть оправдано с этической точки зрения даже при существовании апробированных методов лечения при наличии следующих обстоятельств: когда существуют убедительные научно обоснованные методологические причины необходимости использования плацебо для определения эффективности либо безопасности исследуемого профилактического, диагностического или терапевтического метода или когда исследуется профилактический, диагностический или терапевтический метод для нетяжелых заболеваний и применение плацебо не приведет к повышению риска причинения серьезного либо необратимого

ущерба здоровью. Все иные положения Хельсинкской декларации должны строго соблюдаться, особенно в отношении необходимости проведения соответствующей этической и научной экспертизы».

И все-таки вопросы остаются. Главный из них: этично ли обманывать пациента?

ФАЗЫ КЛИНИЧЕСКИХ ИСПЫТАНИЙ

Если клинические исследования четко делятся на четыре этапа — теоретическая разработка, производство лабораторных образцов, доклинические испытания и клинические испытания, то сами клинические испытания с участием человека также имеют четыре фазы, которые различаются не столько по цели и содержанию, сколько по характеристике включенных в процесс испытуемых.

Фаза I. Первый опыт применения нового активного вещества у человека. Чаще всего исследования начинаются у добровольцев (взрослые здоровые мужчины). Главная цель — решить, стоит ли продолжать работу над новым препаратом, и, если удастся, установить дозы, которые будут использоваться у пациентов во время II фазы клинических испытаний. В ходе этой фазы исследователи получают предварительные данные о безопасности нового препарата и впервые описывают его фармакокинетику и фармакодинамику у человека. Иногда невозможно провести исследования I фазы у здоровых добровольцев из-за токсичности данного препарата (лечение онкологических заболеваний, СПИДа). В этом случае проводятся нетерапевтические исследования с участием пациентов с этой патологией в специализированных учреждениях.

Фаза II. Обычно это первый опыт применения у пациентов с заболеванием, для лечения которого предполагается использовать препарат. Вторая фаза делится на IIa и IIb. Фаза IIa — это терапевтические пилотные исследования (*pilot studies*), так как полученные в них результаты обеспечивают оптимальное планирование последующих испытаний. Фаза IIb — это более обширные исследования у пациентов с заболеванием, которое является основным показанием к назначению нового лекарственного средства. Главная цель — доказать эффективность и безопасность препарата. Результаты этих испытаний (*pivotal trial*) служат основой для планирования испытаний III фазы.

Фаза III. Многоцентровые испытания с участием больших (и по возможности разнообразных) групп пациентов (в среднем, 1000–3000 человек). Основная цель — получение дополнительных данных о безопасности и эффективности различных форм препарата, о характере наиболее

частых нежелательных реакций и т.п. Чаще всего клинические исследования этой фазы — двойные слепые контролируемые, рандомизированные, а условия испытаний максимально приближены к обычной реальной рутинной медицинской практике. Данные, полученные в клинических испытаниях III фазы, являются основой для создания инструкций по применению препарата и для решения об его регистрации.

Фаза IV. Исследования проводятся после начала продажи препарата с целью получить более подробную информацию о длительном применении в различных группах пациентов, при различных факторах риска и т.д. и, таким образом, более полно оценить стратегию применения лекарственного средства. В исследовании принимает участие большое количество пациентов, это позволяет выявить ранее неизвестные и редко встречающиеся нежелательные явления.

Если лекарственное средство собираются применять по новому показанию, еще не зарегистрированному, то для этого проводятся дополнительные исследования, начиная с фазы II.

ЭТИКА ОТНОШЕНИЯ К ИСПЫТУЕМЫМ В КИ

Главным вопросом этической экспертизы клинических испытаний является вопрос о том, кто может, а кто не может быть приглашен в качестве испытуемого. Существуют очень жесткие ограничения в этом вопросе, которые закреплены в международных документах, в российском законодательстве. Рассмотрим этот вопрос подробнее.

Беременные женщины и кормящие матери. Кроме этических норм при проведении клинических исследований с участием женщин репродуктивного возраста необходимо знать юридические нормы, регулирующие данный вопрос. В настоящее время в России правовой основой для проведения клинических исследований на женщинах репродуктивного возраста являются Федеральные законы «Об охране здоровья граждан в Российской Федерации» и «Об обращении лекарственных средств», на которые мы уже ссылались ранее.

Так, в ст. 43 Федерального закона «Об обращении лекарственных средств» сказано:

6. Запрещается проведение клинического исследования лекарственного препарата для медицинского применения с участием в качестве пациентов:

1) детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей;
2) женщин в период беременности, женщин в период грудного вскармливания, за исключением случаев, если проводится клиническое исследование лекарственного препарата, предназначенного для указанных женщин, при условии необхо-

димости получения информации только во время проведения соответствующих клинических исследований и принятия всех необходимых мер по исключению риска нанесения вреда женщине в период беременности, женщине в период грудного вскармливания, плоду или ребенку;

3) военнослужащих, за исключением случаев проведения клинического исследования лекарственного препарата, специально разработанного для применения в условиях военных действий, чрезвычайных ситуаций, профилактики и лечения заболеваний и поражений, полученных в результате воздействия неблагоприятных химических, биологических, радиационных факторов. Клиническое исследование такого лекарственного препарата может проводиться с участием в качестве пациентов военнослужащих, за исключением военнослужащих, проходящих военную службу по призыву, с соблюдением требований, установленных настоящим Федеральным законом в отношении гражданских лиц;
4) сотрудников правоохранительных органов;
5) лиц, отбывающих наказание в местах лишения свободы, а также лиц, находящихся под стражей в следственных изоляторах.

Беременная женщина может быть субъектом исследования только тогда, когда цель исследования отвечает потребностям здоровья матери и плода, а риск для их здоровья при этом минимален. Таким образом, ЭК обязан: 1) рассмотреть, на кого направлено исследование,— на здоровье матери или плода; 2) определить наличие рисков для матери, плода или будущего здоровья ребенка. Исследования на беременных женщинах должны проводиться только в тех случаях, когда необходимые данные не могут быть получены на других категориях пациентов и когда цель исследования отвечает потребностям здоровья матери и плода, а риск для их здоровья при этом минимален.

Важным условием принятия ЭК решения о проведении исследования является оценка возможного риска для здоровья плода. Требуются согласия матери и отца на проведение данного исследования, за исключением тех случаев, когда:

- цель исследования — помощь здоровью матери;
- личность отца не установлена или не подтверждена;
- беременность является результатом изнасилования.

Исследования на пожилых людях. В соответствии с общим мнением, пожилые люди представляют собой разнородную по характеру популяцию, которая, как правило, не требует какой-либо специальной защиты, за исключением двух случаев: лица с когнитивными нарушениями; лица, находящиеся в специализированных лечебных учреждениях. В этих случаях подход к этим участникам исследования будет таким же, как и к остальным, находящимся в таких же обстоятельствах. К исследованиям могут привлекаться пожилые люди с когнитивными нарушениями лишь при следующих обстоятельствах:

- когда другие группы людей не подходят для исследования;
- если исследование имеет отношение к проблеме, характерной только для больных с подобными нарушениями;
- если исследование влечет за собой лишь минимальный риск.

В настоящее время признается, что условия содержания в специализированных лечебных учреждениях повышают вероятность принуждения и неоправданного стимулирования, поскольку недостаточная свобода людей является там распространенным явлением. Здесь также существует один этико-правовой казус, который частично снимает с законодателей ответственность за недостаточное внимание к нуждам пожилых пациентов. Дело в том, что значительная часть пожилых людей являются инвалидами, а права инвалидов также защищены специальными статьями закона и регулируются определенными этическими нормами.

Исследования на заключенных ЗАПРЕЩЕНЫ.

Исследования на военнослужащих. Действующий в России Федеральный закон «Об обращении лекарственных средств» запретил проведение клинических испытаний лекарственных средств на военнослужащих. Исследования на военнослужащих можно инициировать и проводить через комитет по этике (ЭК) только в тех случаях, когда необходимые данные невозможно получить на гражданской популяции. А это возможно всегда.

Испытания с участием детей. Законом такие испытания запрещены для детей-сирот, детей, оставшихся без попечительства родителей. С точки зрения философии этично разрешить ребенку принять участие в исследовании только в том случае, если оно несет только минимальный риск — риск не больший, чем ожидаемый в обычных условиях.

Здесь следует сказать, что все современные руководства по этому вопросу для практического здравоохранения в нашей стране разработаны на основании Хельсинкской декларации Всемирной организации здравоохранения. Хельсинкская декларация гласит, что согласие ребенка должно быть получено в дополнение к разрешению его родителей. При проведении клинических исследований, так же как и в ходе медицинского лечения, основополагающим принципом является максимально возможное вовлечение и активное участие ребенка в процессе принятия решения. К сожалению, в России такая практика отсутствует.

Исследования на людях, находящихся в критическом состоянии, и на смертельно больных пациентах. Необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является информированное добровольное согласие гражданина. Когда состояние гражданина не позволяет ему выразить свою волю, а медицинское вмешательство

неотложно, вопрос о его проведении в интересах гражданина решает консилиум, а при невозможности собрать консилиум — непосредственно лечащий (дежурный) врач с последующим уведомлением должностных лиц лечебно-профилактического учреждения. Так как участие тяжело- или смертельно больных в клинических исследованиях законодательно не отражено, пользуясь аналогией законодательных актов, можно применить данную статью закона. ЭК и исследователи должны обратить внимание на различие, существующее между «ближайшими родственниками» и «законным представителем».

Этические нормы допускают временное освобождение исследователя от получения информированного согласия, если исследователь и врач, не вовлеченные в данный проект, подтверждают в письменном виде, что:

- пациенту угрожает смертельная опасность и необходимо применение экспериментального лекарства;
- невозможно получить информированное согласие от пациента, так как он не способен к общению, или невозможно получить юридически действенное согласие;
- нет достаточного времени для получения согласия со стороны официального представителя пациента;
- не существует альтернативного метода — апробированного или общепризнанного — лечения, которое могло бы с равной или большей степенью вероятности спасти жизнь субъекта.

Однако документы, касающиеся таких обстоятельств, должны быть своевременно представлены в ЭК.

Исследования на людях с нарушениями психики и органов чувств. Исследования с привлечением субъектов с психическими нарушениями одобряются лишь в том случае, если:

- они представляют собой единственную подходящую для исследования группу населения;
- целью исследования является вопрос, непосредственно касающийся именно этой группы населения;
- проведение исследования влечет за собой минимальный риск.

Исследование, влекущее за собой более чем минимальный риск, может быть приемлемо только в том случае, если целью исследования является терапия конкретных субъектов и возможный риск соизмерим с ожидаемой пользой. Лица, находящиеся в **специализированном лечебном учреждении**, в особенности если они не дееспособны, не должны привлекаться к исследованиям, не имеющим никакого отношения к их состоянию, лишь потому, что это просто удобно для исследователя.

***

Таким образом, роль этической экспертизы в проведении клинических испытаний тем выше, чем выше риски, им сопутствующие. Если в юридических или этических документах не прописаны какие-то конкретные случаи, с которыми сталкивается исследователь, он обязан обратиться за помощью в этический комитет.

Вопросы и задания для самопроверки

1. Чем отличаются клинические исследования и клинические испытания?
2. Почему неэтично называть клинические испытания экспериментом?
3. Перечислите виды клинических испытаний.
4. Назовите фазы клинических испытаний.
5. Почему целью этической экспертизы КИ является определение соотношения риска и пользы, а не риска и безопасности или пользы и вреда?
6. Сформулируйте «Правило трех R» в доклинических испытаниях.
7. Какими законами РФ регламентируются исследования на трупном материале?
8. Как вы относитесь к применению плацебо в клинических испытаниях лекарственных средств?
9. Какие группы людей не допускаются к участию в клинических испытаниях и почему?
10. Разрешены ли испытания на пожилых людях? Если нет, то почему. Если да, то какие ограничения здесь существуют?

Задания для закрепления материала

1. Рассмотрите следующий пример:

   Критерии включения/невключения во многих исследованиях устанавливают приемлемые границы для определенных лабораторных анализов. Так, в одном из исследований разрешалось включать пациентов с уровнем гемоглобина не менее 100 г/л. Один из исследователей включил пять пациентов, у которых уровень гемоглобина равнялся 96–99 г/л, считая, что это достаточно близко к требованию протокола, т.е. округлил данные лаборатории и включил пациентов в исследование, не проинформировав о своем решении спонсора заранее.

   Нарушены ли этические нормы при проведении КИ и, если да, то какие?

2. Прокомментируйте представленный ниже случай:

   В 2008 году был проведен анализ (Turner и соавт.) как опубликованных, так и неопубликованных исследований действия 12 антидепрессантов; данные этих исследований были предоставлены авторам анализа Управлением по санитарному надзору

за качеством пищевых продуктов и медикаментов (Food and Drug Administration — FDA). Было обнаружено, что 94% из публиковавшихся ранее испытаний показали преимущество антидепрессантов в сравнении с плацебо; однако рассмотрев результаты и публиковавшихся, и не публиковавшихся испытаний, Turner с соавторами обнаружили, что лишь около 51% из них демонстрируют преимущество в сравнении с плацебо. Из 74 рассмотренных исследований только 38 имели положительные результаты, и почти все они были опубликованы. Исследования же с отрицательными или сомнительными результатами оказались по преимуществу либо не опубликованными (22 исследования), либо опубликованными с искажением результатов, в результате чего они представали как позитивные (11 исследований).

Как вы полагаете, что явилось причиной нарушения этики клинических исследований в данном случае? Как можно бороться с подобными явлениями?

3. Перед вами пример попытки избежать конфликта интересов при проведении клинических исследований. Определите, эффективны ли предложенные меры и как можно предотвратить ситуации, когда исследователи в своей работе руководствуются не интересами науки, а интересами спонсирующих их фармацевтических компаний?

   Представление учеными информации о наличии конфликта интересов при публикации результатов КИ в журналах с высоким импакт-фактором стало обыденным явлением для читателей. Многие журналы сейчас открывают данные авторов об их финансовых гонорарах, полученных в виде грантов или премий, предоставляемых фармацевтическими компаниями. Было время, когда журналы публиковали диапазон денежных сумм, полученных авторами за участие в КИ, отдавая читателю право на окончательное суждение о достоверности выводов исследования.

Глава 10

ЭТИЧЕСКИЕ КОМИТЕТЫ И ЭТИЧЕСКОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ

Ключевые понятия темы: этическая экспертиза, этический комитет, биоэтическое консультирование.

ЧТО ТАКОЕ «ЭТИЧЕСКИЙ КОМИТЕТ»

Этический комитет в медицине — это официально выбранная или назначенная группа независимых экспертов, осуществляющая неформальный контроль и предупреждение рисков в отношении внедрения биомедицинских инноваций, последствий медицинских вмешательств, профилактику и разрешение конфликтов в медицинской практике.

Существующие процедуры защиты прав пациента в биоэтике предполагают и существование социальных субъектов, которым приписана данная функция. Но если в правовом поле такие субъекты однозначно определены, то статус этических комитетов пока официально оформлен только в ряде зарубежных стран, Россия делает только первые шаги в этом направлении.

Этические комитеты лечебных учреждений учреждаются как консультативные группы и привлекаются в тех случаях, когда возникают моральные трудности. Их прерогатива — обсуждение сложных этических проблем, возникших в клинической практике и формулировка рекомендаций о том, как эти проблемы следует решать. Смысл существования комитетов по этике и этических консультаций в том, чтобы не доводить проблемную ситуацию до суда, а попытаться решить на межличностном уровне, путем разумного соглашения. Этические комитеты формируются из независимых лиц, компетентных в вопросах биоэтики, которые могут оценить медицинскую сторону дела и дать советы не только практикующим врачам, но и пациентам.

ИСТОРИЯ СОЗДАНИЯ КОМИТЕТОВ ПО ЭТИКЕ

История создания комитетов по этике не имеет точной даты своего начала. Иногда выражают удивление, что комитеты по этике не были созданы непосредственно после Второй мировой войны и Нюрнбергского процесса. Нам представляется, что уровень развития биомедицинских исследований в то время был таков, что о глобальных рисках никто не думал. Их просто не было. Врач мог убить человека с научной целью (нацисты это доказали), но медицина еще не могла убить человечество (как она способна сделать это сейчас).

Угроза осознавалась поэтапно — с каждым новым достижением экспериментальной медицины. Поэтому и создание комитетов по этике шло поэтапно. Первый этап — принципиальное осознание необходимости моральных ограничений в экспериментальной медицине. Было это сразу после Нюрнбергского процесса по делу врачей, который проходил с 9 декабря 1946 по 20 августа 1947 г. Сразу после процесса и вынесения приговора были провозглашены десять норм врачебной этики, основанных на «общей законной способности субъекта давать согласие на участие в эксперименте». Это требование записано в ст. 7 Международного пакта, касающегося гражданских и политических прав (запрет на пытки, запрет на медицинское и научное экспериментирование без получения добровольного согласия субъекта).

Врачи отреагировали на это положение принятием Женевской декларации (международной клятвы врачей), поскольку клятва Гиппократа не была признана как основание на Нюрнбергском процессе. Затем, в 1949 г. был опубликован первый Международный кодекс медицинской этики. Но в этих документах еще не было строгой дифференциации не только самих испытаний (ее нет и сейчас), но даже отделения клинических испытаний от неклинических. Это было впервые сделано в Хельсинкской декларации 1964 г. (ХД), а Хельсинкско-Токийская декларация (ВМА, 1975) впервые в международной практике зафиксировала понятие «специальный комитет» (1964–1975): «Программа и выполнение каждого экспериментального исследования на человеке должны быть четко сформулированы в экспериментальном протоколе, который должен быть представлен специально назначенному независимому комитету для рассмотрения замечаний и предложений» (раздел 1.2 Хельсинкско-Токийской декларации).

Более четкое предложение о создании комитетов по этике сформулировано в Манильской Декларации (1981) в том разделе, где говорится о возможности привлечения человека как объекта в медицинских исследованиях. С 1970-х годов в ряде развитых стран под влиянием опытов

американцев, о которых мы скажем далее, уже активизируются попытки создания подобных комитетов. Они еще бессистемны, комитеты недолговечны, разрозненны, протоколы их деятельности в подавляющем большинстве не сохранились. Да и СОПов (стандартных операциональных процедур) для ЭК тогда еще не было. Первые «экспериментальные» комитеты не были ориентированы на какие-то определенные статьи той же ХД, они не соотносили свою деятельность и с Международной хартией прав человека. Они создавались, потому что экспериментальная медицина без них уже не могла. Получалось, что процесс шел одновременно и «снизу» и «сверху». Аналогичную ситуацию мы наблюдаем сейчас в России.

Таким образом, изменения, приведшие к созданию этических комитетов, начались после Второй мировой войны, но происходили как бы по двум направлениям, каждое из которых «на выходе» имело результат в виде создания этических комитетов. Поскольку направлений было два, то получили мы два типа этических комитетов. Непосвященные их путают, а посвященные либо отдают предпочтение какому-то одному типу, либо полностью отрицают необходимость другого. Комитеты по этике, которые работают непосредственно в медицинских учреждениях, заняты вопросами практической медицины и в своей работе руководствуются скорее принципами старой доброй медицинской этики, нежели биоэтики.

Второй тип комитетов — те, которые заняты непосредственно оценкой новых достижений биомедицины, экспертизой исследовательских проектов, защитой прав испытуемых и определением социальных рисков в рамках регионов, государств и международного сообщества в целом. Актуальность таких комитетов (национальных, международных и т.п.) обнаружилась, когда стали рождаться дети in vitro.

Из обзора истории создания, функционирования и существующих проблем этических комитетов за рубежом можно сделать следующие выводы.

1. Этические комитеты начали создаваться не тогда, когда общество осознало возможность угрозы жизни со стороны врачей (после Нюрнбергского процесса), а тогда, когда оно осознало возможность угрозы жизни со стороны научно-технических достижений медицины (после появления новых технологий зачатия и т.п.).
2. Этические комитеты не могли быть созданы и успешно функционировать до появления теоретического обоснования принципов моральной регуляции нового этапа развития медицины — биомедицины. Таким обоснованием явилась биоэтика.
3. В зависимости от субъектов-создателей, исторических особенностей развития здравоохранения в данной стране и конкретных про-

блем, помощь в решении которых требовалась от этих комитетов, они первоначально создавались либо как национальные (с известной политической нагрузкой в своих приоритетах), либо как сугубо врачебные: 1) локальные или исследовательские и 2) местные или больничные. Первые брали на себя ответственность за охрану прав пациента как испытуемого и за этические риски, связанные с внедрением в медицину новых научно-технических достижений. Вторые решали моральные проблемы конкретных медицинских учреждений.

4. Были успешно реализованы попытки создать международные этические комитеты (при ООН, в рамках Совета Европы, при таких международных организациях, как ЮНЕСКО, ВОЗ, ВМА и т.п.). Они не имеют практического влияния на национальные и тем более локальные и госпитальные комитеты, но координируют деятельность мирового сообщества по некоторым, одинаково важным для всех вопросам, а также осуществляют помощь в обучении и обеспечивают достаточно широкое информационное поле для национальных комитетов.
5. Юридического обоснования для этических комитетов на международном уровне не существует. Этическими принципами, обеспечивающими их деятельность, являются Женевская декларация (Международная клятва врачей), Хельсинкская декларация и Международная хартия по правам человека — международные документы естественного права. В то же время везде за рубежом национальные этические комитеты (комиссии) создаются распоряжениями главы исполнительной власти — президентом в президентской республике (США, Франция), премьер-министром — в парламентской (Италия), монархом — в монархическом государстве (Великобритания).
6. Этические комитеты могут существовать только в плюралистических обществах, поэтому их деятельность связана с определенными демократическими институтами, с дифференцированными формами медицинского обслуживания и с высоким уровнем технологического развития данного государства.

Как видим, у России здесь есть определенные проблемы, поскольку упоминание об этических комитетах в «Основах законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» адресовало решение этого вопроса высшему органу законодательной власти, т.е. Государственной Думе, которая его так и не решила. Возможно поэтому в новом Федеральном законе от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (ред. от 29.12.2015; с изм.

и доп., вступ. в силу с 01.01.2016) упоминание об этических комитетах отсутствует. Указание на необходимость их создания мы найдем в законе «Об обращении лекарственных средств», но в «урезанном» виде — только для контроля за разработкой и внедрением лекарственных средств.

ЭТИЧЕСКИЕ КОМИТЕТЫ В РОССИИ

НАЧАЛО создания этических комитетов в России — первая половина 90-х гг. XX вв. (Российский национальный комитет по биоэтике — 1992 г. В настоящее время не существует).

ПРИЧИНЫ создания этических комитетов в России:

- западный опыт работы ЭК;
- работа с иностранными фармацевтическими фирмами;
- интернационализация биомедицинских исследований.

Создание этических комитетов в России началось недавно. Первоначально оно было вынужденным: существование аналогичных комитетов на Западе, невозможность работать с иностранными фирмами без санкций этических комитетов, необходимость работать с этими фирмами и, наконец, логика интеграции России в мировое сообщество, включающей интернационализацию ее биомедицинских связей — вот те, самые общие, факторы, которые сделали появление этих комитетов неизбежным, причем, именно в это время (учитывая социальные изменения в стране). В 1990-е годы в стране было создано пять центральных комитетов по биоэтике. Первым в 1992 г. был учрежден Национальный комитет по биоэтике Российской академии наук. Затем — комитет при Президиуме РАМН, при Российской медицинской ассоциации, при Ассоциации врачей и при Министерстве здравоохранения РФ. После принятия изменений и дополнений к Федеральному закону от 12 апреля 2010 г. № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств» (вступ. в силу с 01.01.2016) в соответствии с его ст. 37 был создан Комитет по этике при Федеральном органе контроля лекарственных средств (до этого этическая экспертиза протоколов клинических испытаний проводилась в специальной комиссии Национального комитета при РМА). В декабре 2000 г. инициативной группой медицинских работников был создан Независимый междисциплинарный комитет по этической экспертизе клинических исследований. Локальные и региональные этические комитеты создаются менее активно, но количество их постепенно растет.

Существует одна главная причина всех трудностей в создании и функционировании этических комитетов в России — отсутствие пра-

вовой базы. То, что она должна быть, в законе зафиксировано, но поскольку ее нет, создание комитетов регламентируется самыми различными положениями и предписаниями, часто просто заимствованными из западных практик. Это создает предпосылки будущей правовой коллизии, когда деятельность комитетов будет узаконена, но может войти в противоречие с адаптированными зарубежными образцами. Учитывая опыт зарубежных стран, можно сказать, что исполнительная власть традиционно осуществляет регламентацию деятельности этических комитетов, поэтому данный международный опыт может быть использован и в России. Это означает, что президент может издать соответствующее распоряжение, а главы администраций регионов и руководители ведомств, которым адресовано данное распоряжение, действуют в соответствии с ним.

ЭТИЧЕСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА

Этическая экспертиза осуществляется в двух видах: этические комитеты и этическое консультирование.

Дифференциация этической экспертизы «по горизонтали» определяется сферами применения: клинические испытания и клиническая практика. Дифференциация этической экспертизы «по вертикали» включает национальный, региональный и местный (локальный) уровни.

Теоретическая модель такой структуры может быть представлена следующим образом.

1. НАЦИОНАЛЬНЫЙ ЭТИЧЕСКИЙ КОМИТЕТ (НЭК)

Формируется указом Президента РФ. Действует на постоянной основе. Численный состав определяется учредителем. Персональный состав обсуждается гласно в СМИ. Рекомендации по численному и персональному составу дает Государственная Дума. Ротация членов комитета с трехлетним периодом обновления квалифицированного большинства.

Председатель НЭК и его заместители избираются открытым голосованием на первом заседании комитета. Председатель распределяет обязанности между членами НЭК в соответствии со сферами его деятельности (медицина, агро- и пищевая промышленность, экология, новые биотехнологии и т.д.). В качестве экспертов НЭК могут приглашаться любые компетентные лица как из числа граждан РФ, так и из-за рубежа. Члены НЭК работают на добровольной безвозмездной основе. Компенсация потерь рабочего времени экспертов производится за счет заказчика в соответствии с существующими нормативами.

Плановые заседания проводятся один раз в квартал. Оперативные заседания проводятся по мере возникновения необходимости. Назначаемые экспертизы длятся не более двух недель, если предмет экспертизы не требует мониторингового исследования. Решения НЭК носят рекомендательный характер и доводятся до сведения заинтересованных сторон в форме письменных протоколов. Законодательные инициативы НЭК оформляются в соответствии с существующим Положением о выдвижении законодательных инициатив. Экспертиза законов по заказу законодательной и исполнительной власти в лице ее высших органов проводится в соответствии с существующими нормативами проведения экспертиз в других областях (экономика, право, политика и т.п.).

Вся документация НЭК является конфиденциальной и предоставляется заказчику в том объеме, который определяется на заседании НЭК. Члены НЭК дают письменное обязательство о неразглашении информации, рассматриваемой в комитете. Каждое заседание оформляется протоколом, который считается действительным, если под ним стоят подписи не менее $^{2}/_{3}$ списочного состава комитета. При этом обязательным считается участие в заседании членов комитета, профессионально не связанных с обсуждаемыми проблемами. Обращение в НЭК юридических и физических лиц оформляется их заявлением с обязательной личной подписью заявителя, его представителя или руководителя учреждения, которое выступает как юридическое лицо.

Контроль за деятельностью НЭК осуществляется непосредственно учредителем, который может назначать независимых адвизоров для проверки деятельности комитета. Контрольная функция реализуется также через регулярную отчетность комитета перед общественностью. При этом конфиденциальные вопросы в деятельности комитета могут проверяться только специальной адвизорской группой, связанной обязательством о неразглашении данных сведений.

2. РЕГИОНАЛЬНЫЙ ЭТИЧЕСКИЙ КОМИТЕТ (РЭК)

Формируется распоряжением главы администрации региона. Действует на постоянной основе. Численный состав определяется учредителем. Персональный состав обсуждается гласно в СМИ. Рекомендации по численному и персональному составу дает региональный департамент здравоохранения. Обязательным требованием к численному и персональному составу комитета является — численность не менее семи человек, представители немедицинских профессий — не менее 1/3. Предпочтительно участие юриста, психолога, специалиста по биоэтике, журналиста. Духовные лица привлекаются с учетом поликонфессиональности региона. Ротация всех членов — в течении трех лет.

Председатель РЭК и его заместители избираются открытым голосованием на первом заседании комитета. Председатель распределяет обязанности между членами РЭК в соответствии с его сферами деятельности. На первом заседании члены РЭК утверждают локальный (исследовательский) независимый комитет (ЛНЭК) и Положение о нем. Рекомендацию по составу ЛНЭК дает региональная медицинская ассоциация. В качестве экспертов РЭК могут приглашаться любые компетентные лица как из данного, так и из других регионов. Члены РЭК работают на добровольной безвозмездной основе. Компенсация потерь рабочего времени экспертов производится за счет заказчика в соответствии с существующими нормативами.

Плановые заседания проводятся один раз в два месяца. Оперативные заседания проводятся по мере возникновения необходимости. Назначаемые экспертизы длятся не более двух недель, если предмет экспертизы не требует мониторингового исследования. Решения РЭК носят рекомендательный характер и доводятся до сведения заинтересованных сторон в форме письменных протоколов. РЭК может выходить с законодательными инициативами в региональный орган представительной власти.

Вся документация РЭК является конфиденциальной и предоставляется заказчику в том объеме, который определяется на заседании РЭК. Члены РЭК и функционирующего при нем ЛНЭК дают письменное обязательство о неразглашении информации, рассматриваемой в комитете. Каждое заседание оформляется протоколом, который считается действительным, если под ним стоят подписи не менее 2/3 списочного состава комитета. При этом обязательным считается участие в заседании членов комитета, профессионально не связанных с обсуждаемыми проблемами. Обращение в РЭК юридических и физических лиц оформляется их заявлением с обязательной личной подписью заявителя, его представителя или руководителя учреждения, которое выступает как юридическое лицо.

Контроль за деятельностью РЭК осуществляется как непосредственно учредителем, который может назначать независимых адвизоров для проверки деятельности комитета, так и региональной медицинской ассоциацией. Кроме того, РЭК регулярно отчитывается и информирует о своей работе НЭК, хотя последний не имеет права вносить институциональные изменения в деятельность РЭК, а может только рекомендовать это учредителю. Контрольная функция реализуется также через регулярную отчетность комитета перед общественностью. При этом конфиденциальные вопросы в деятельности комитета могут проверяться только специальной адвизорской группой, связанной обязательством о неразглашении данных сведений. Контроль за деятельностью ЛНЭК осуществляет исключительно утвердивший его РЭК.

3. МЕСТНЫЙ ЭТИЧЕСКИЙ КОМИТЕТ (МЭК)

Местный этический комитет учреждается распоряжением руководителя (главного врача) лечебно-профилактического учреждения (ЛПУ). Список членов согласовывается с региональной медицинской ассоциацией и РЭК. Обязательным является представительство в МЭК среднего медперсонала, членов, не связанных профессиональными или другими интересами с данным ЛПУ.

Председатель комитета назначается тем же распоряжением главы ЛПУ, его заместители избираются прямым открытым голосованием. Все они подписывают соглашение о неразглашении конфиденциальных сведений. Привлечение экспертов к работе МЭК возможно в трудноразрешимых случаях и должно быть согласовано с РЭК. Эксперты не должны быть профессионально связаны с данным ЛПУ. Ротация всех членов в течении трех лет.

МЭК заседает не реже одного раза в два месяца. Все заседания МЭК протоколируются, решения сообщаются заявителю в устной или письменной форме (по его желанию). Заявитель может обратиться в РЭК, если решение МЭК его не устраивает. МЭК может рекомендовать заявителю прибегнуть к помощи этического консультанта.

Решения не имеют обязательного характера, но должны доводиться до сведения всех заинтересованных сторон, равно как и до руководства ЛПУ, РЭК и региональной медицинской ассоциации. Документация МЭК носит конфиденциальный характер, протоколы хранятся в течении пяти лет после рассмотрения вопроса. В отдельных случаях администрация ЛПУ может признать заключение МЭК обязательным для решения кадровых вопросов или вопросов контроля за качеством медицинской помощи. МЭК не разбирает вопросы, связанные с бытовыми конфликтами, межличностными отношениями персонала ЛПУ и жалобы персонала на администрацию ЛПУ, кроме тех случаев, когда существует угроза здоровью и жизни пациентов.

Контроль за деятельностью МЭК осуществляет администрация, РЭК, региональная медицинская ассоциация. Может быть инициирована независимая проверка представителями общественности. Информация о работе МЭК доводится до персонала, пациентов и их законных представителей в форме, не нарушающей принцип конфиденциальности,— через СМИ, на общих собраниях коллектива.

На национальном уровне сейчас присутствуют несколько ведомственных комитетов, идентифицирующих себя как национальные. Региональные комитеты существуют в четырех-пяти субъектах Федерации, в других странах СНГ их практически нет, местные больничные комитеты — явление обязательное, но часто нереализуемое.

ПОТРЕБИТЕЛИ ЭТИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ

Объективная необходимость этической экспертизы (ЭЭ), проводимой исследовательскими комитетами, эксплицируется в социальных заказах на нее.

Потребители результатов ЭЭ фармацевтические фирмы и компании (преимущественно иностранные):

- научные учреждения и органы здравоохранения (только в конфликтных ситуациях);
- пациенты (пока теоретически в силу отсутствия информации);
- государство (при подготовке соответствующих законов).

Поставщики результатов этической экспертизы:

- этические комитеты;
- этические консультанты.

Потребителями ее результатов выступают фармацевтические фирмы и компании (преимущественно иностранные), научные учреждения и органы здравоохранения (только в конфликтных ситуациях), пациенты (пока теоретически в силу отсутствия информации), государство (при подготовке соответствующих законов). Поставщиками результатов этической экспертизы являются этические комитеты и этические консультанты. Первые существуют разрозненно, многие носят временный характер. Вторые пока занимаются только теоретической деятельностью в области биоэтики.

Основные проблемы этической экспертизы в России:

- институализация (структурная и правовая);
- независимость этических комитетов и этических консультантов;
- обучение кадров;
- формирование спроса на услуги этической экспертизы.

Этические комитеты — относительно новое для наших стран явление. Причем их независимость является новой вдвойне, поскольку она возможна только в плюралистическом обществе, которое совсем недавно стало формироваться в нашей стране. Основной проблемой в формировании этих комитетов является их бессистемное появление и исчезновение. Пока отсутствует какая-то их иерархия. Поэтому принципиальным становится вопрос, кто, зачем и как создает эти комитеты, от кого конкретно зависит их функционирование.

Можно выделить несколько социальных субъектов, которые заинтересованы в существовании этических комитетов.

1. Иностранные, а с недавнего времени и национальные фирмы и компании, работающие на российском рынке лекарств и медицинской техники.

2. Исследовательские организации и отдельные исследователи, которые сотрудничают с этими компаниями.
3. Этический комитет высшего уровня.
4. Государственные органы здравоохранения.
5. Законодательная и исполнительная власть в лице тех учреждений и отдельных чиновников, которые контролируют взаимоотношения в сфере медицины и здравоохранения.
6. Испытуемые и пациенты.

Следует подчеркнуть, что приведенная последовательность прежде всего отражает хронологический порядок заинтересованности в существовании этических комитетов, а также указывает на реальное отношение к защите прав испытуемых и пациентов.

НЕЗАВИСИМОСТЬ ЭТИЧЕСКИХ КОМИТЕТОВ

Этические комитеты не обладают и не могут обладать абсолютной независимостью от этих субъектов, поскольку каждый из них либо обеспечивает заказами деятельность этих комитетов, либо может запретить ее. Следовательно, необходимо определить степень и характер зависимости и применить для организации деятельности этических комитетов принцип «наименьшего зла», хорошо описанный в этике.

1. Фирма-спонсор обладает преимущественным влиянием, поскольку она в современной российской ситуации может стимулировать создание «дочерних» комитетов, и в конце концов получать те заключения, в которых нуждается. Пока нет законодательных актов, запрещающих подобные действия, угроза злоупотреблений остается.
2. Исследовательские организации и отдельные исследователи, которые сотрудничают с иностранными фирмами, могут быть связаны с ними определенными обязательствами и поэтому будут отстаивать их интересы в деятельности этических комитетов.
3. Этические комитеты высшего уровня в условиях только формирующейся иерархии стремятся монополизировать право решения по всем вопросам и поэтому могут вести неверную политику. Именно здесь был бы уместен взаимный контроль и отношения соподчинения, но пока этого нет.
4. Государственные органы здравоохранения могут влиять на деятельность комитетов: а) через разрешительно-запретительные документы, б) через лиц, включенных в состав комитета; как правило, большая их часть является наемными работниками по отношению к государственным учреждениям здравоохранения.

5. Законодательная и исполнительная власть может издавать подзаконные акты, регламентирующие деятельность комитетов на данной территории, контролировать финансовые потоки, направляемые на обеспечение их деятельности, компрометировать или поощрять их членов, создавать условия для их работ или лишать их этих условий.
6. Испытуемые и пациенты могут влиять на деятельность этических комитетов только одним образом — не принимая участие в испытаниях. Но они этого не делают, поэтому от них этические комитеты в действительности не зависят.

Каким образом можно повысить «степень независимости» этических комитетов?

Во-первых, пока нет соответствующих законодательных актов, определить степень независимости этического комитета можно по тому, пользуется ли он в своей деятельности «Рекомендациями комитетам по этике, проводящим экспертизу биомедицинских исследований ВОЗ (2000)». Зависимость от этих Рекомендаций автоматически исключает другие (негативные) виды зависимости в деятельности этических комитетов.

Во-вторых, широкая общественность должна быть информирована о существовании Рекомендаций, а все заинтересованные лица должны знать их содержание. Следовательно, независимость этических комитетов не может быть достигнута без реализации соответствующих образовательных программ с привлечением зарубежных специалистов, а также без широкой кампании в средствах массовой информации.

В-третьих, необходимо реализовать принцип публичного обсуждения состава комитетов и результатов их работы.

В-четвертых, необходим регулярный независимый аудит финансовых потоков тех фирм и организаций, которые обращаются с заказами на экспертизу в этический комитет.

В целом следует признать, что абсолютная независимость этических комитетов недостижима, но создавать условия для такой независимости надо уже сейчас.

КОМИТЕТЫ ПО ЭТИКЕ МЕДИЦИНСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Основной задачей таких этических комитетов (экспертных советов) является защита прав и здоровья испытуемых, а также гарантия их безопасности. Соответственно стандартные вопросы для рассмотрения в этических комитетах следующие.

- Соответствие квалификации и опыта исследователя задачам проводимого исследования (ответственные — спонсор и исследователь).
- Соответствие протокола целям исследования (ответственные — спонсор и исследователь).
- Адекватность и полнота письменной информации, предоставляемой субъектам исследования (ответственные спонсор и исследователь).
- Способ набора пациентов (ответственный — исследователь).
- Формы компенсации и вопросы лечения в случае причинения ущерба здоровью пациента (ответственный — спонсор).

Традиционно базовыми документами для принятия решений в этическом комитете выступают следующие:

- протокол исследования и поправки к нему;
- форма письменного информированного согласия и ее последующие редакции;
- материалы для привлечения испытуемых к исследованию (например, рекламные объявления).

Кроме того, базовым документом для принятия решений этическим комитетом считается брошюра исследователя, имеющая информацию по безопасности исследуемого препарата, информацию о выплатах и компенсациях испытуемым, curriculum vitae исследователя на настоящий момент и (или) другие материалы, подтверждающие его квалификацию, любые другие документы, которые могут потребоваться комитету по этике для исполнения своих обязанностей.

ЭТИЧЕСКИЕ КОМИТЕТЫ ЛЕЧЕБНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ

В настоящее время искусство врачевания состоит в эффективном и правильном применении того, что мы узнали на практике. Должен быть достигнут баланс между регуляторными инстанциями и применением данных доказательной медицины в реальной клинической практике. Но функции больничных комитетов несколько отличаются от функций комитетов исследовательских тем, что разбирают конкретные клинические и межличностные ситуации.

Пример. В этический комитет областной больницы обратилась пациентка, которой несколько лет назад был поставлен диагноз профессионального заболевания, после чего она оформила пенсию и получала определенные льготы. При очередном прохождении медицинской комиссии (экспертизы) выяснилось, что заболевание она имеет, но профессиональным оно не является. Врачи больницы ошиблись. Те-

перь права на льготы женщина не имеет. Более того, встал вопрос о компенсации ею уже выплаченных денег. Разумеется, был оформлен судебный иск с ее стороны к областному бюро СМЭ, было следствие, иск удовлетворен не был. Пациентка просила этический комитет разобраться, насколько виноваты врачи, поставившие ошибочный диагноз, в ее мытарствах, можно ли требовать от них компенсации морального вреда. После вмешательства этического комитета врачи областной больницы принесли пациентке свои извинения и добровольно компенсировали незаконно полученные ею льготы.

Пример. В этический комитет обратилась главный врач стоматологической поликлиники с жалобой на... пациентку, которая была недовольна изготовленным протезом и требовала денежной компенсации, несмотря на то что ей переделывали конструкцию четыре раза, в том числе приглашенные из Москвы специалисты, ей предлагали пройти бесплатное протезирование в другой поликлинике, в другом городе и т.п. Но пациентка требовала одного — денег. Согласно данным клинических экспертиз, протез соответствовал стандартам, но пациентка утверждала, что он ей не подходит. К моменту поступления обращения в этический комитет пациентка написала уже 54 жалобы в разные инстанции, в том числе Президенту РФ. Главврач просила дать моральную оценку поведения квирулянтки и помочь избежать дальнейших жалоб. ЭК принял решение об обращении главврача в суд, поддержал ее ходатайство, ответчица была присуждена к штрафу за препятствие работе медицинского учреждения.

Подобные примеры ясно показывают, сколь различны функции больничных и исследовательских комитетов по этике.

СОЦИАЛЬНО-ПРАВОВЫЕ УСЛОВИЯ И ОТРАСЛЕВЫЕ ОСОБЕННОСТИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ ЭТИЧЕСКИХ КОМИТЕТОВ ЛПУ

Общие требования к этическим комитетам различного уровня конкретизируются, когда речь идет о специализированных медицинских учреждениях и структурах. К ним мы относим следующие: ЛПУ стоматологического профиля, ЛПУ психиатрического профиля, структурные подразделения фармацевтической отрасли, детские ЛПУ, структурные подразделения системы обязательного медицинского страхования.

Этические комитеты стоматологических ЛПУ. Очевидно, что для этического комитета стоматологического учреждения сохраняются все те параметры, которые существенны для любого местного комитета. Кроме того, региональный комитет является высшей инстанцией и для стоматологического комитета. Кроме указанных параметров в регламентацию деятельности стоматологического комитета по этике вво-

дятся дополнительные, связанные со спецификой стоматологической практики. Эта специфика в этическом отношении выражается в следующем:

- незначительная, по сравнению с другими медицинскими отраслями, доля стационарных больных;
- высокая этическая значимость эстетических характеристик лечения;
- наличие профессиональной группы зубных техников как активных участников лечения, которые в то же время не вступают в личный контакт с пациентом;
- большое количество частных стоматологических кабинетов, как правило, небольших и достаточно автономных;
- высокая дифференцированность платных услуг;
- в социальной группе стоматологических пациентов представлены все без исключения половозрастные, расово-этнические, профессиональные группы, а также пациенты со всеми возможными видами доходов или их отсутствием;
- более ярко выраженная персонификация врачебной помощи.

Ясно, что этические комитеты можно создавать только при достаточно крупных стоматологических поликлиниках или клиниках.

Этические комитеты психиатрических ЛПУ. Трудно не согласиться с мнением академика Т.Е. Дмитриевой, которая считала психиатрию наиболее социальной по своему предмету, методологии исследований и практических действий среди всех медицинских дисциплин. Очевидно, что регламент работы этческих комитетов психиатрических медицинских учреждений должен отличаться от регламента работы других местных ЭК в сторону ужесточения. А именно: отбор членов и их ротация должны проводиться при согласовании со всеми заинтересованными инстанциями. Информация о деятельности данных комитетов не может и не должна иметь такой же степени открытости, как в других ЛПУ, следовательно, независимый аудит здесь должен проводится регулярно. Заседания комитетов целесообразно проводить не раз в два месяца, а чаще. Эксперты, привлекаемые данным ЭК ни в коем случае не должны быть профессионально связаны с работой данного ЛПУ. Желательно, чтобы по каждой проблемной ситуации привлекались два эксперта, действующие независимо друг от друга. Кроме того, распределение функций внутри такого комитета должно предусматривать как работу с пациентами, так и с их представителями — раздельно. Целесообразно включать в состав данных комитетов социальных работников. Большое значение для работы данных комитетов имеет принятый в 1994 г. в России «Кодекс профессиональной этики психиатра».

Особенности деятельности этических комитетов в фармацевтической отрасли. Весь материал, который имеется в литературе и как-то касается этической регуляции фармацевтической отрасли, содержит ссылки только на исследовательские этические комитеты. Почему-то считается, что в фармации только проблемы клинических испытаний нуждаются в этическом регулировании со стороны специально организованных субъектов регуляции — этических комитетов. На деле же проблема контроля и регламентации в фармации очень остро стоит как раз «на выходе» из стадии клинических испытаний. Укажем те вопросы, которые требуют вмешательства этических комитетов именно ради охраны здоровья пациента. Это:

- ценообразование в фармацевтике на стадии доведения товара до потребителя — нарушение принципа справедливости;
- несоответствие отдельных аспектов фармацевтической деятельности законам: Федеральному закону от 12 апреля 2010 г. № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств» (с изм. и доп., вступ. в силу с 01.01.2016) и Федеральному закону от 13.03.2006 N 38-ФЗ «О рекламе» (с изм. и доп., вступ. в силу с 01.10.2015), которые, кстати, сами в некоторых моментах не согласуются друг с другом — нарушение принципа «не навреди»;
- проблема безрецептурного отпуска лекарств — нарушение принципа информированного согласия (неполнота предоставляемой информации);
- недостаточно обоснованное назначение врачом препарата, который та или иная фирма внедряет на наш рынок,— нарушение принципа автономии личности.

Предметом для этической экспертизы может быть как деятельность фармацевтических фирм и компаний, так и отдельных их представителей, а также аптек, фармацевтов и провизоров, менеджеров и производителей рекламы.

Этические комитеты детских лечебно-профилактических учреждений. Очевидно, что требования к работе этических комитетов детских ЛПУ являются более жесткими, чем ко всем другим комитетам. Главным моментом в деятельности ЭК детских учреждений являются особенности получения информированного согласия ребенка. Пациенты должны участвовать в принятии решения соразмерно своему развитию и предоставлять свое согласие всегда, когда это допустимо. Родители и врачи не должны исключать детей и подростков из процесса принятия решения без уважительных на то причин. Доктрина информированного согласия напоминает нам об уважении прав личности на полную и точную информацию, позволяющую осуществить свое право принятия решения. Сле-

довательно, этический комитет должен в оценке критических ситуаций исходить из того, какие способы информации пациента применял врач и соответствуют ли они возможности маленького пациента принять компетентное решение.

***

В принципе, как мы пытались показать, без соответствующей юридической базы любая фирма-спонсор, а также любой администратор здравоохранения может создать «карманный» комитет на время проведения экспертизы, чтобы после выполнения задачи спокойно расформировать его. Следовательно, необходимый социальный статус этических комитетов медицинских учреждений обеспечивается:

1) оптимизацией связи между ними (предпочтительной является иерархическая структура);
2) функциональным разделением (национальные и (или) региональные этические комитеты, этические комитеты медицинских учреждений, этические комитеты, проводящие экспертизу биомедицинских исследований);
3) принятием юридического акта «О статусе Этического комитета» на уровне парламента государства, где закреплялись бы эти положения.

Вопросы для самопроверки

1. В чем заключается содержание определения этического комитета в медицине?
2. Каковы функции этических комитетов?
3. Как происходит образование этического комитета?
4. Какова история образования этических комитетов в современном обществе?
5. Почему раньше в медицине обходились без этических комитетов, а сейчас их необходимость признается всеми?
6. В чем специфика исследовательских комитетов по этике?
7. Какие проблемы решают больничные комитеты по этике?
8. Какие нормативные документы лежат в основе формирования и функционирования этических комитетов и какие еще предстоит разработать?
9. В чем заключаются особенности деятельности этических комитетов в той отрасли медицины, которую вы выбрали для своей будущей работы?
10. Как вы полагаете, кто может быть консультантом по этике? Какие знания и навыки требуются для такой деятельности?

Задания для закрепления материала

1. Рассмотрите следующий случай.

   Пациентка частного стоматологического кабинета, штат которого составляет пять сотрудников, выразила претензии по поводу несвоевременного информирования о времени посещения врача, недостаточно вежливом, по ее мнению, ответе регистратора на ее телефонный звонок и пожелала передать свои претензии в этический комитет.

   Какой этический комитет может рассмотреть претензии пациентки и почему именно этот?

2. Проанализируйте следующую ситуацию.

   В исследовательский комитет по этике медицинского вуза обратился диссертант по поводу разрешения на проведение испытаний на животных (белые мыши). В представленном дизайне исследования и приложенной к нему выписке из заседания проблемной комиссии указано, что животные, после участия в эксперименте, будут пролечены, а те из них, кто не поддается лечению, будут подвергнуты эвтаназии. Этический комитет не разрешил проведение исследований до тех пор, пока не будет предоставлена дополнительная документация.

   Какую дополнительную документацию и почему запросил этический комитет?

3. Внесите поправки в состав регионального этического комитета, учитывая, что он создается в одной из республик Северного Кавказа. Объясните необходимость таких поправок.

   Предлагаемый состав регионального этического комитета
   1. Практический врач (хирург).
   2. Практический врач (терапевт).
   3. Юрист.
   4. Медицинский психолог.
   5. Социальный работник.
   6. Священник православной церкви.
   7. Представитель общественной организации по защите прав пациентов, страдающих рассеянным склерозом.
   8. Преподаватель биоэтики медицинского вуза.
   9. Глава департамента республиканского министерства здравоохранения.
   10. Журналист независимого издания.
   11. Профессор, доктор медицинских наук, председатель местного исследовательского этического комитета одного из НИИ.

Глава 11

ПРОБЛЕМЫ БИОЭТИКИ XX ВЕКА

Ключевые понятия темы: врачебная ошибка, аборт, клонирование человека, трансплантация органов и тканей.

С появлением биоэтики в последней трети XX в. выделились несколько сугубо медицинских проблем, которые стали сразу предметом горячего обсуждения. Одни из них были непосредственно связаны с использованием в медицине новых научных достижений (как, например, трансплантация органов и тканей), а потребность в решении других диктовала каждодневная медицинская практика (как, например, «вечная» проблема взаимоотношений врача и пациента). Все эти проблемы относятся к области прикладной биоэтики, поскольку предполагают правильное принятие решений каждым конкретным человеком в сложных ситуациях. Здесь мы дадим краткий обзор этих проблем.

ВРАЧЕБНАЯ ОШИБКА

Чаще всего пациенты склонны обвинять врачей а) в равнодушии и б) в допущенных врачебных ошибках. Сразу скажем, что врачебная ошибка не является юридическим термином, поэтому нет указаний на нее и в Законе № 323-ФЗ. Но это значит, что она является предметом рассмотрения только в клиническом и этическом плане.

Врачебная ошибка — это специфическое медико-социальное явление. С одной стороны, оно связано с применением неправильной стратегии и тактики лечения, с другой — представляет собой сложное переплетение личностно значимых и социально обусловленных позиций лечащего врача, пациента, патологоанатома (если имеет место летальный исход), административных органов здравоохранения, общества в целом. До сих пор единства во взглядах на врачебную ошибку так и не достигнуто, хотя концепция известного отечественного врача И.В. Давыдовского предлагает ее оптимальную дефиницию.

Анализ проведенных современными авторами комиссионных и комплексных экспертиз позволяет заключить, что в социальном плане вра-

чебная ошибка и преступная халатность при оказании медицинской помощи в сознании пациентов не дифференцируются. Они обращаются с жалобами по одному поводу — нанесению вреда. При этом имеется в виду нанесение вреда неквалифицированными действиями. Только экспертиза может установить истинные причины нанесения вреда. При этом ее выводы также не являются окончательными, ведь жалоба поступает в судебные органы, а все законодательные акты не предусматривают юридической ответственности за ошибку. Следовательно, справедливые претензии пациента остаются неудовлетворенными. Очевидно, что выход из такой ситуации может быть только один: врач не должен расплачиваться за ошибку, но пациент должен получать компенсацию нанесенного ему вреда. А это значит, что должен быть третий участник взаимодействия — тот, кто берет на себя ответственность за возмещение ущерба. Логичным представляется, что эту роль должны брать на себя страховые компании. Тогда коллизия между возможностями (сугубо медицинскими) врача и потребностями (медико-социальными) пациента будет разрешена.

Субъектом обнаружения врачебной ошибки могут быть сами врачи, пациенты, администраторы ЛПУ, правоохранительные и судебные органы, эксперты этических комитетов, даже журналисты, поскольку врачебная ошибка — это не только и не столько клиническое заблуждение, это социальный факт, обусловленный зачастую психологическими, экономическими, этическими и прочими факторами.

Проблема врачебной ошибки для наших средств массовой информации предстает в недифференцированном виде. Сам термин понимается предельно широко, а потому теряет свой первоначальный смысл. СМИ не отличают ошибки от проступков и преступлений. В СМИ освещается преимущественно операциональная сторона ситуации негативных результатов общения врача и пациента. Группа медицинских работников также представлена недифференцировано, поэтому термин «врачебная ошибка» употребляется в смысле «медицинская ошибка». Все это ведет к формированию в общественном сознании негативного образа врача, отождествление ошибки с преступлением снижает уровень позитивных установок людей на общение с медицинскими работниками и, следовательно, на медико-профилактические мероприятия. Сюда следует добавить, что такие публикации формируют фобии у самих медицинских работников, способствуют их психологической дестабилизации и, следовательно, провоцируют новые ошибки. Человек чаще всего ошибается именно тогда, когда больше всего боится ошибиться. Следовательно, публикации по теме врачебных ошибок не являются компетентными и эффективными в здравоохранительном плане.

Вряд ли кто-то станет спорить о том, что избежать врачебных ошибок невозможно. Специалисты и представители следственных органов считают, что их количество можно снизить, если ввести обязательное страхование врачебной ошибки. Пациенты считают, что количество врачебных ошибок можно снизить, улучшив условия труда врачей. Но, разумеется, высокий уровень профессионализма гарантирует снижение числа врачебных ошибок.

Причинами врачебных ошибок могут быть следующие: отсутствие системного подхода в постановке диагноза (недообследование, нарушение логики принятия решений, необращение за консультацией к другим специалистам); избыточная диагностика и избыточная лекарственная терапия (в том числе не соотнесенная с системным представлением о пациенте и его состоянии); недостаточная квалифицированность медперсонала (в тех случаях, когда ошибка исправлена, при необратимых последствиях неквалифицированность трактуется как преступление).

В моральном плане очень важен ответ на вопрос, нарушен ли принцип «не навреди» в ситуации врачебной ошибки. В клиническом отношении, безусловно, пациенту нанесен вред. Причем вред, вызванный не необходимостью, а другими причинами. Мы уже говорили, что только нанесение вреда, вызванного необходимостью, освобождает врача от моральной ответственности. Следовательно, в случае врачебной ошибки моральную ответственность с врача никто не снимает. И прежде всего он сам. Но тогда возникает следующий вопрос: какие санкции применимы к врачу, допустившему ошибку, и применимы ли вообще?

Пример. Клава Б., 1 года 3 месяца, умерла во время дневного сна в яслях 29 января. С 5 по 17 января она перенесла острую респираторную инфекцию, по поводу которой ясли не посещала. Врач яслей принял ребенка 18 января с остаточными явлениями после перенесенного катара верхних дыхательных путей (обильные слизистые выделения из носа, прослушивались единичные сухие хрипы в легких), в последующем ребенок был осмотрен врачом лишь 26 января. Диагноз пневмонии установлен не был, но было отмечено, что явления катара верхних дыхательных путей держатся, однако температура у ребенка была нормальная. Лечение продолжалось в яслях (микстура — от кашля, капли в нос — от насморка). Ребенок выглядел плохо, был вялым, сонливым, ел без аппетита, кашлял. 29 января в 13 ч Клаву Б. вместе с другими детьми в спальной комнате уложили спать. Ребенок спал спокойно, не кричал. При подъеме детей в 15 ч Клава Б. не подавала признаков жизни, но была еще теплой. Старшая сестра яслей немедленно стала делать ей искусственное дыхание, сделала два укола кофеина, тело ребенка согревалось грелками. Прибывшим врачом скорой медицинской помощи производились искусственное дыхание рот в рот и непрямой массаж сердца. Однако оживить ребенка не удалось.

При судебно-медицинской экспертизе трупа Клавы Б. были обнаружены: катаральный бронхит, распространенная серозно-катаральная пневмония, интерсти-

циальная пневмония, множественные фокусы кровоизлияний в легочную ткань, что и послужило причиной смерти ребенка. По мнению экспертной комиссии, ошибочность действий врачей в данном случае заключалась в том, что ребенок был выписан в ясли не выздоровевшим, с остаточными явлениями респираторной инфекции. Врач яслей должен был обеспечить активное наблюдение за ребенком, провести дополнительные исследования (рентгеноскопию, анализ крови). Отвечая на вопросы органов следствия, экспертная комиссия указала, что дефекты ведения больного ребенка обусловлены в значительной степени трудностью диагностики интерстициальной пневмонии, которая протекала при малонарушенном общем состоянии ребенка и нормальной температуре тела. Пневмония могла развиться и в последние дни жизни ребенка. Смерть детей при пневмонии может наступать и во сне без каких-либо выраженных признаков заболевания.

Налицо врачебная ошибка, но мог ли врач предположить заболевание, симптомов которого не было? В юридическом плане он невиновен, но сможет ли простить себе когда-нибудь, что не сумел спасти ребенка, пусть даже не по своей вине?

Пример. Больной П., 59 лет, поступил 10 февраля в больницу № 131 с диагнозом «гипохромная анемия». При клиническом обследовании установлена грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, рентгенологически обнаружена ниша в нижнем отделе пищевода. Для уточнения характера ниши и исключения злокачественного новообразования по медицинским показаниям больному 12 февраля проведена эзофагоскопия, в процессе которой было установлено, что слизистая оболочка пищевода настолько утолщена, что трубку не удалось провести даже в верхнюю треть пищевода. В связи с неясностью эзофагоскопической картины были рекомендованы повторное рентгенологическое исследование и эзофагоскопия под наркозом.

На следующий день состояние больного П. резко ухудшилось, температура повысилась до 38,3 °С, появилась боль при глотании. При рентгенологическом исследовании 15 февраля у больного выявился дефект в левой стенке пищевода и обнаружено затемнение в области верхнего отдела средостения. Диагноз: разрыв пищевода, медиастинит. В этот же день произведена срочная операция – вскрытие околопищеводной клетчатки слева, опорожнение абсцесса, дренирование средостения. Послеоперационное течение протекало тяжело, на фоне анемии. 2 марта у больного П. внезапно появилось массивное кровотечение из раны на шее, от которого он через 10 минут скончался.

При судебно-медицинской экспертизе трупа П. установлено: инструментальный разрыв передней и задней стенок шейного отдела пищевода, гнойный медиастинит и осумкованный левосторонний плеврит; состояние после операции – дренирование абсцесса околопищеводной клетчатки слева; небольшая эрозия левой общей сонной артерии; большое количество темно-красных свертков крови в полости дренажного канала, малокровие кожных покровов, миокарда, печени, почек, умеренно выраженный атеросклероз аорты и венечных артерий сердца, рассеянный мелкоочаговый кардиосклероз, сетчатый пневмосклероз и эмфизема легких.

В данном случае техническая ошибка в процессе эзофагоскопии привела к тяжелому заболеванию, осложнившемуся смертельным кро-

вотечением. Но мог ли врач как-то иначе толковать показания приборов? Вряд ли врач виноват, если его ошибка обусловлена несовершенством применяемых методов исследования, отсутствием необходимой аппаратуры или техническими недочетами в процессе ее использования. Аналогичным образом можно оценить ошибки, допущенные из-за нехватки нужных медикаментов, недооценки комплаентности пациента, вмешательства родственников в лечебный процесс.

Но в любом случае врачебной ошибки необходимо рассмотрение ее в этическом комитете!

АБОРТЫ

Среди этических вопросов, касающихся жизни до рождения, ни один не является таким обсуждаемым, как аборт. Позиции «в пользу жизни» и «в пользу свободы выбора» делят все возможные варианты мнений на два противоположных лагеря. Сложность моральных рассуждений сводится к простому решению: либо абсолютная приверженность интересам нерожденного ребенка, либо абсолютная приверженность интересам матери в ее праве на самоопределение.

Для выработки приемлемой этической позиции в отношении аборта должны учитываться: во-первых, желания беременной женщины, во-вторых, этическая значимость плода, в-третьих, значение стадии фетального развития и, в-четвертых, спорное отношение к абортам в обществе.

Решение вопроса в интересах только матери или только плода подразумевает отказ от серьезного этического значения личности матери и потенциала развития личности у плода. Необходимо учитывать интересы обоих по двум причинам: во-первых, мать — это личность, целостность тела которой должна уважаться и цениться, и, во-вторых, продолжение существования (нежизнеспособного) плода зависит от тела матери, нельзя недооценивать или игнорировать ее желания по использованию своего тела.

В западной биоэтике распространен подход, согласно которому в случаях, когда благополучие плода и матери несовместимы, должны быть сформулированы критерии для поддержания благополучия обоих. Одним из таких критериев признается расширение понятия фетального развития. Это означает, что уровень защиты плода должен изменяться вместе с уровнем его развития, по возрастающей градации. Отсюда следует, что семимесячный плод должен быть защищен надежнее, чем трехдневный эмбрион. По степени важности первый ближе к реализации пол-

ноценной личности, чем второй[8]. Но справедливо ли это? Не может ли здесь идти речь о дискриминации будущего ЧЕЛОВЕКА?

С другой стороны, в ч. 1 ст. 4 Американской конвенции о правах человека определено, что каждый человек имеет право на уважение его жизни. Это право защищается законом и, как правило, с момента *зачатия*. То есть каждый эмбрион имеет одинаковые с остальными права на жизнь.

Проблема аборта связана с глубокими моральными различиями в обществе. Прежде всего это проявляется в религиозной этике.

Православие	В Основах социальной концепции Русской Православной Церкви установлено: «XII.2. С древнейших времен Церковь рассматривает намеренное прерывание беременности (аборт) как тяжкий грех»
Католицизм	Официальные документы римско-католической церкви запрещают аборты даже по здравоохранительным мотивам (Энциклика Павла VI «Humanae vitae», 1968; Хартия работников здравоохранения, 1994)
Протестантизм	В протестантских церквях осуждается аборт как средство контроля за рождаемостью, но допускается в исключительных ситуациях, например при беременности после изнасилования («Заявление-консенсус» по абортам Церкви адвентистов седьмого дня, 1990)
Иудаизм	Иудаизм рассматривает искусственное прерывание беременности как противоестественное и утверждает, что аборт и нежелание иметь детей противоречат самой истории и мессианскому предназначению еврейского народа
Ислам	В «Исламском кодексе медицинской этики» (Кувейт, 1981) современные тенденции разрешения абортов осуждаются
Буддизм	Согласно буддизму, искусственный аборт есть разновидность убийства, независимо от стадии развития эмбриона

Аборт — «постфактумное» средство регулирования рождаемости; он направлен непосредственно на беременность, а не на сексуальность женщины, не на репродуктивный цикл и пр. И как бы ни был опасен аборт для жизни и здоровья женщины, он в то же время является таким средством, которое обеспечивает 100%-ную гарантию предотвращения нежелательных родов. Таким образом, аборт был и остается во многом идеальным средством для реализации репродуктивной свободы женщины. В настоящее время будущие российские врачи по окончании государственного образовательного учреждения высшего

---

8 *Poplawski N., Gillett G.* Ethics and embryos // Ibid. 1991. Vol. 17. P. 62–69.

профессионального образования также дают клятву (ст. 71 Закона № 323-ФЗ). Однако в содержании клятвы российского врача не входит обязательство в отношении неродившегося человека. Отсутствуют такие обязательства и в Кодексе врачебной этики (одобрен Всероссийским Пироговским съездом врачей 7 июня 1997 г.).

В целях сопоставления отечественных этических норм с международными, обратимся, в частности, к «Декларации Осло о медицинском аборте», принятой ВМА (Осло, 1970). Декларация определила, что основополагающий моральный принцип врача — уважение к человеческой жизни с момента зачатия[9]. Этот этический принцип, к сожалению, не нашел отражения в этических актах медицинского права России. Предусмотренная ст. 71 Закона № 323-ФЗ клятва врача, равно как Кодекс врачебной этики, даже не декларируют уважение к человеческой жизни с момента зачатия человека.

Наверное, можно сделать вывод, что в аспекте правового регулирования абортов на первый план выступают проблемы соотношения прав женщины и прав плода. Чтобы законодательно урегулировать осуществление абортов, необходимо соблюсти следующие принципы:

- четкое определение правового статуса эмбриона и плода;
- уважение права женщины самостоятельно распоряжаться своим телом;
- создание условий по предупреждению проведения криминальных искусственных прерываний беременности;
- внедрение в жизнь государственной политики, направленной на уменьшение количества абортов как средства регулирования рождаемости.

А пока искусственное прерывание беременности остается сугубо моральной проблемой, которую каждая женщина решает для себя сама.

КЛОНИРОВАНИЕ ЧЕЛОВЕКА

Когда современные биотехнологии позволили создавать идентичные генетические копии живых существ, включая человека, это стало не только большой радостью для тех, кто мечтал о возвращении ушедших любимых, начитавшись и насмотревшись околонаучной фантастики. Это стало большой проблемой для всего человечества.

Термин «клонирование» первоначально был сугубо научным, но потом закрепился в обыденном языке. Он обозначает точное

---

9 Декларация ВМА «О медицинских абортах» (Осло, август 1983, с дополнениями в ноябре 1983).

воспроизведение какого-то объекта неопределенное число раз. Объекты, получаемые в результате этого действия, называются «клонами». Под клонированием человека понимается возможность создать генетическую копию человека. Правда, формирование идентичного фенотипа в программе клонирования не предусмотрено, да и невозможно оно. Таким образом, мечты о генетическом воскрешении любимых, как это бывает в фантастических фильмах, изначально были неосуществимы.

Идея клонирования всегда была привлекательна для тех, кто не знал или не помнил восклицание Гераклита: «Панта рей!» («Все течет!») — в одну и ту же воду нельзя войти дважды. Но коммерческий интерес к клонированию проявился сразу, что, собственно, и насторожило даже его сторонников. Ведь исключить возможность искусственного производства людей с заранее заданными свойствами для выполнения определенных работ было нельзя, несмотря на всю «киношность» такого сценария. И одновременно было ясно, что «отменить» клонирование тоже нельзя — человечество никогда не отказывалось от своих открытий, вообще остановить науку или отменить ее достижения нереально. Время открытий так же необратимо, как время физическое, биологическое, социальное... Следовательно, необходимо было правильно использовать возможности клонирования. Как? В решении этого вопроса как раз и потребовалась биоэтическая экспертиза применения технологий клонирования.

Религиозная этика (христианство, ислам, буддизм) считает, что клонирование человека является или проблематичным актом, или актом, выходящим за рамки вероучения и требующим четкого обоснования той или иной позиции верующих по отношению к данному вопросу. Другими словами, церковь окончательно не определилась по отношению ко всем видам клонирования, но выступила против клонирования человека.

Но существуют и другие виды клонирования, которые, несомненно, приносят пользу. Поэтому, прежде чем давать моральную оценку этому явлению, надо четко представлять, о каком клонировании идет речь.

1. *Репродуктивное клонирование человека* предполагает, что индивид, родившийся в результате клонирования, получает ***имя, гражданские права, образование, воспитание*** — словом, ведет такую же жизнь, как и все «обычные» люди. Репродуктивное клонирование как раз и вызывает негативную моральную реакцию, потому что у нас нет ответов на ряд принципиальных вопросов:

- можно ли говорить об автономии личности в отношении клона;
- учтены ли личные мотивы того человека, который является чьей-то копией;

- как скажется процедура его создания на его жизни и здоровье;
- кого считать родителями в данном случае;
- имеет ли такой человек те же гражданские права, что и «оригинал» и т.д.

В некоторых государствах работы по репродуктивному клонированию запрещены на законодательном уровне. К таким странам относится и Россия.

2. *Терапевтическое клонирование человека* предполагает, что развитие эмбриона останавливается в течение 14 дней, а сам эмбрион используется как продукт для получения стволовых клеток. В некоторых странах, например в Великобритании, эмбриона при терапевтическом клонировании выращивают до срока в 12 недель. Но в большинстве стран пока не спешат разрешать терапевтическое клонирование из-за опасений, что постепенно оно перейдет в репродуктивное. В моральном смысле дилемма формулируется следующим образом.

Терапевтическое клонирование чрезвычайно полезно для медицины. Но, использовав для медицинских целей выращенного эмбриона, его умерщвляют. Если мы отрицаем права эмбриона на жизнь, то это морально оправдано. Но если мы признаем ценность жизни не с момента рождения, а с момента зачатия, то это — убийство. То есть имеет место та же ситуация, что и с абортами.

Пример. В этом смысле противоречивым выглядит законодательство США. В пункте 1 ст. 4 Американской конвенции о правах человека сказано: «Каждый человек имеет право на уважение к его жизни. Это право защищается законом и, как правило, с момента зачатия. Никто не может быть произвольно лишен жизни»[10]. В то же время в 2009 г. регулирующие органы США впервые в мире сняли все преграды к разработке методов терапевтического лечения, основанных на использовании стволовых клеток эмбрионов человека. Оправдание этого противоречия обычно выглядит как тезис о том, что в первом документе речь идет о естественном зачатии, а применение стволовых клеток связано с искусственно созданным, клонированным эмбрионом. Значит, это не человек? Внятный ответ на этот вопрос пока никто не дал...

В России был принят Федеральный закон от 20 мая 2002 г. № 54-ФЗ «О временном запрете на клонирование человека». Время запрета определялось в пять лет. Потом его продлили. Президент РФ Дмитрий Медведев 29 марта 2010 г. подписал Федеральный закон № 30-ФЗ «О внесении изменения в статью 1 Федерального закона «О временном запрете на клонирование человека»». Эти изменения в виде поправок к Закону были приняты Государственной Думой и одобрены Советом Федерации. В этом Законе всего одна статья:

---

10 American Convention on Human Rights (принята в Сан Хосе, Коста-Рика 22 ноября 1969 г.). http://www.hrcr.org/docs/American_Convention/oashr.html

Статья 1. Введение временного запрета на клонирование человека
Ввести временный запрет на клонирование человека впредь до дня вступления в силу федерального закона, устанавливающего порядок использования технологий клонирования организмов в целях клонирования человека. Действие настоящего Федерального закона не распространяется на клонирование организмов в иных целях.

Обратим внимание на последнее предложение: что подразумевается под «клонированием организмов в иных целях»? То, что репродуктивное клонирование человека запрещено, это ясно. То, что клонирование растений и животных разрешено, поскольку не запрещено данным или каким-то другим законом, тоже ясно. Остается терапевтическое клонирование человека. Видимо, именно его разрешает данный закон. Но термин «терапевтическое клонирование» в нем не упоминается, что позволяет правоохранительным органам либо не считать проведение опытов по терапевтическому клонированию нарушением закона, либо считать его таковым. И опять мы сталкиваемся с ситуацией, когда в отсутствие четкой правовой базы необходимо сугубо этическое решение проблемы. И снова такое решение будет связано с личными принципами и представлениями тех, кто принимает решения по поводу терапевтического клонирования.

ЭВТАНАЗИЯ

Существует ошибочное представление о том, что термин «эвтаназия» появился в современном обществе, когда медицина достигла успехов в сохранении жизни, но не в сохранении здоровья. На самом деле проблема эвтаназии была всегда. Впервые этот термин был использован Ф. Бэконом. Под эвтаназией он понимал «легкую, безболезненную, даже счастливую смерть». Немецкий врач А. Молль в начале XX в. использовал термин «эвтаназия», понимая под ней «науку, которая сдерживает угнетающие черты болезни, освобождает от боли и делает верховный и неизбежный час самым мирным».

В современной «Энциклопедии биоэтики» Б.Г. Юдин выделяет четыре семантических значений этого понятия:

1) ускорение смерти тех, кто переживает тяжелые страдания;
2) прекращение жизни «лишних» людей;
3) забота об умирающих;
4) предоставление человеку возможности умереть.

Анализируя проблему в историческом аспекте, можно сказать, что для многих первобытных обществ было обычной нормой умерщвлять стариков и больных или (для кочевых племен) не забирать их с собой при смене места стоянки, что соответствует второму и отчасти четвертому

значениям из приведенного перечня. Платон в «Республике» писал, что «медицина призвана заботиться лишь о здоровых телом и душой; не следует препятствовать смерти физически слабых, а скверные душой сами себя погубят». Кроме того, в Древней Греции поддерживалось и поощрялось самоубийство тех, кто достиг 60 лет. Христианство, воспринявшее от иудаизма представление о жизни человека как Божьем даре, с самого начала выступило против самоубийства, не исключая и самоубийства, вызванного страданиями. Страдания были переосмыслены таким образом, что человек должен был принимать их достойно, с мужеством.

Только в конце XIX – начале XX в. в условиях падения религиозности и распространения эволюционизма получают распространение представления о добровольной эвтаназии, о праве автономной личности окончить свою жизнь, когда смертельная болезнь превращает жизнь в страдание. Именно в это время в Англии и США начинает дискутироваться вопрос о том, чтобы безнадежно и болезненно страдающий пациент мог обратиться к врачу с просьбой ускорить смерть. В 1935 году в Англии было создано первое в мире «Общество добровольной эвтаназии», в 1938 г. аналогичное «общество за право умереть» возникло в США.

В первой половине прошлого столетия нацистская Германия была страной, где эвтаназия осуществлялась в преступных целях и в массовых масштабах. Проводилась государственная политика насильственной эвтаназии, направленная против тех, кто был экономическим «бременем для общества».

В настоящее время под эвтаназией понимается ускорение смерти тяжело и неизлечимо больного, осуществляемое по его воле или по воле уполномоченных им близких.

Основные принципы биомедицинской этики, используемые в современных дискуссиях об эвтаназии,— это принцип уважения автономии личности и принцип «не навреди». Первый из них предполагает, что решение об эвтаназии принимается пациентом (либо его близкими) добровольно и осознанно. Вопросы, встающие в связи с этим, таковы: насколько далеко может простираться автономия пациента и насколько осознанным можно считать выбор, который делает человек в таком тяжелом состоянии. Принцип «не навреди» привлекается постольку, поскольку выбор «за» или «против» эвтаназии оценивается с точки зрения минимизации вреда для пациента. При этом вопрос заключается в том, что представляет меньшее зло, меньший вред для пациента: либо продление жизни, но такой, которая сопровождается мучительными, непрерывными болями, а близкий конец ее все равно предопределен, либо скорая смерть — шаг, после которого уже нельзя будет вернуться назад.

Термин «эвтаназия» требует детализации, поскольку отражает различные формы этого явления: существует активная и пассивная эвтаназия. *Пассивная* эвтаназия — это отказ от жизнеподдерживающего лечения, когда оно либо прекращается, либо вообще не начинается. *Активная* эвтаназия — это преднамеренное вмешательство с целью прервать жизнь пациента, например путем инъекции средства, вызывающего летальный эффект.

Важно отметить, что пассивной эвтаназией будет не только отказ пациента от лечения в ситуации, когда болезнь несет непосредственную угрозу его жизни, но и выписка пациента из больницы домой в том случае, когда ясно, что болезнь неизлечима. Независимо от того, делается ли это по желанию пациента или по самостоятельному решению медицинского персонала, тем самым прекращается (либо минимизируется) процесс лечения. Очевидно, что такая форма пассивной эвтаназии, когда фактически приходится признавать, что «медицина здесь бессильна», достаточно часто встречается в медицинской практике. С моральной точки зрения при анализе отказа от лечения значимой является разница между ситуацией, когда принимается решение не начинать лечение, и ситуацией, когда прекращается уже начатое лечение. В первом случае может быть нарушена обязанность (ее называют «позитивной моральной обязанностью») спасти или не дать умереть, а во втором («негативная моральная обязанность») — не умерщвлять.

Если с некоторыми формами отказа от лечения, ведущими к смерти пациента, приходится мириться как с неизбежным злом, то против активной эвтаназии выдвигаются весьма сильные аргументы морального характера. Более того, в подавляющем большинстве стран, включая Россию, активная эвтаназия запрещена законом. Имеется следующая формулировка в Законе № 323-ФЗ:

Статья 45. Запрет эвтаназии

Медицинским работникам запрещается осуществление эвтаназии, то есть ускорение по просьбе пациента его смерти какими-либо действиями (бездействием) или средствами, в том числе прекращение искусственных мероприятий по поддержанию жизни пациента.

Эта статья, как мы видим, запрещает и активную, и пассивную эвтаназию, но не решает проблему морального выбора врача и пациента, потому что сопереживание, равно как и переживание страдания, постоянно воспроизводятся и возвращают к размышлениям об эвтаназии.

Попытаемся кратко суммировать аргументы и контраргументы как сторонников, так и противников эвтаназии.

Сторонники	Противники
1. Человеку должно быть предоставлено право самоопределения вплоть до того, что он сам может выбирать, продолжать ли ему жизнь или оборвать ее. Слабость этого аргумента в том, что осуществление эвтаназии так или иначе предполагает участие врача, а он тоже имеет право выбирать.	1. Активная эвтаназия — это покушение на ценность, каковой является человеческая жизнь. Легализация какой-либо практики уничтожения человеческих жизней чревата глубочайшим потрясением всего нормативно-ценностного порядка, только благодаря существованию которого люди и продолжают оставаться людьми.
2. Человек должен быть защищен от жестокого и негуманного лечения. Действительно, если пациенту приходится переносить тяжелые и непрекращающиеся боли, чувство сострадания может подсказывать и такой выход, как эвтаназия. Однако это может быть свидетельством не только состояния пациента, но и того, каковы условия клиники и как работает ее персонал.	2. Возможность диагностической и прогностической ошибки врача. Это достаточно веский аргумент. Там, где активная эвтаназия в той или иной форме узаконена, ее осуществление в каждом случае требует независимого подтверждения первоначально установленного диагноза и прогноза.
3. Человек имеет право быть альтруистом. Здесь имеется в виду, что мучения больного заставляют сострадать и страдать его близких и вообще тех, кто находится около его постели, а также и то, что посредством эвтаназии он сможет сберечь те финансовые средства, которыми могли бы воспользоваться его родные.	3. Возможность появления новых медикаментов и способов лечения. Чем дольше человек живет, тем больше у него шансов на излечение, благодаря развитию медицины.
«Экономический» аргумент: порой утверждается, что лечение и содержание обреченных отнимает у общества немало средств, которые можно было бы, узаконив эвтаназию, использовать более рационально. Не говоря уже о том, что экономические соображения далеко не всегда являются приемлемым доводом при обсуждении моральных проблем, необходимо отметить, что такого рода аргументация сродни тем соображениям, которыми руководствовались нацисты, осуществляя свои бесчеловечные программы «оздоровления нации». К этому можно еще добавить, что согласно данным некоторых подсчетов реальная экономия средств при широком введении активной эвтаназии оказалась бы исчезающе малой	4. Наличие эффективных болеутоляющих средств. Но применение таких средств бывает противопоказано для отдельных пациентов. Кроме того, они снимают физическую боль, но не освобождают пациента, прикованного к постели, от мучительной постоянной зависимости от окружающих.
	5. Риск злоупотреблений со стороны персонала. Речь идет о том, что если активная эвтаназия будет узаконена, у медицинского персонала будет возникать искушение использовать ее не столько исходя из интересов и желания пациента, сколько из других, гораздо менее гуманных соображений.
	6. Аргумент «наклонной плоскости»: коль скоро эвтаназия будет узаконена, постепенные незначительные отступления будут размывать строгость закона и в конечном счете приведут к тому, что начнутся неконтролируемые процессы, так что эвтаназия будет осуществляться не из сострадания, а во имя совсем других целей

Есть ли альтернатива эвтаназии? Основатель современных хосписов (организаций по физической и моральной поддержке умирающих больных) англичанка С. Сондерс еще в 1948 г. пришла к простой мысли, что «умирающему пациенту можно и нужно помочь». Сложившаяся с тех пор система так называемой паллиативной помощи умирающим стала реализацией этой простой и гуманной цели.

ДОНОРСТВО ОРГАНОВ

Трансплантация обычно проводится для того, чтобы заменить другим жизненно важный орган, который уже не может выполнять свою функцию. Трансплантация означает изъятие одного органа или ткани от одного человека и пересадку его другому человеку. При этом живые люди могут отдавать костный мозг, почку или кожу. От умерших доноров могут быть трансплантированы только жизнеспособные органы и ткани. Жизненно важные органы, такие как сердце и легкие, остаются живыми в течение короткого времени после смерти. Если установлено, что у человека умер мозг (редкий случай), но некоторые функции организма (сердце и легкие) можно поддерживать искусственным путем, то после получения разрешения эти органы и ткани могут быть изъяты.

Существуют *три типа* трансплантата.

1. Аутотрансплантат. Донором и реципиентом является один и тот же человек (как в случае с кожей).

2. Аллотрансплантат (гомотрансплантат). Донор и реципиент разные, но принадлежат к одному виду.

3. Гетеротрансплантат/ксенотрансплант. Донор и реципиент принадлежат к разным видам. Ксенотрансплантат означат, например, трансплантацию органов или тканей от животного человеку. Термин heterograft (имплант, протез) используется также, когда трансплантационный орган является искусственным.

Основная медицинская проблема в трансплантологии — совместимость и иммунная система. Всем известно о группах крови, по которым определяется, совместимы ли донор и реципиент, а отсюда можно заключить, будет ли успешным переливание крови. В случае трансплантатов, совместимость между донором и реципиентом основана на системе HLA (антигены лейкоцитов человека), известной также как MHC (основной комплекс гистосовместимости), который дает возможность создать информационную карту ткани. Молекулы, присутствующие на поверхности каждой клетки человека, которые кодируются этой системой, позволяют иммунной системе дифференцировать «своих» и «не своих». В случае

трансплантации (аллотрансплантат или гетеротрансплантат) иммунная система реципиента определяет эти молекулы на поверхности клеток трансплантируемого органа. Если она определяет их как чужеродные, в действие вступает защитный процесс, предназначенный для того, чтобы изъять трансплантируемый орган. Это явление известно как отторжение.

Для этически оправданной трансплантации от умершего донора необходимо пройти следующие этапы:

1) удостовериться, что у обследованного человека мозг мертв;
2) проконсультироваться с семьей умершего человека и получить разрешение на изъятие органов;
3) изъять один или более органов и лимфатических узлов;
4) доставить орган или ткань реципиенту;
5) выбрать реципиента;
6) проанализировать характеристики донора на основе изъятых лимфатических узлов;
7) подготовить реципиента;
8) трансплантация: хирург заменяет больной орган или ткань трансплантатом от донора;
9) реципиент должен отдохнуть после операции и начать новую жизнь как пациент с трансплантатом.

Чтобы трансплантация прошла успешно, необходимо выбрать ткань или орган донора, чьи тканевые характеристики соответствуют таковым у реципиента. Чем больше тканевые характеристики донора и реципиента отличаются друг от друга, тем сильнее реакция отторжения трансплантата. Отторжение еще сильнее, если речь идет о трансплантации между различными видами (ксеотрансплантации). Отторжение является основным осложнением при трансплантации органов, но существуют еще другие угрозы, такие как перенос болезней.

Поскольку проблема трансплантации органов и тканей является очень сложной, она подробно описана в этических и юридических документах, как международных, так и национальных: в Конвенции по правам человека и биомедицине (известна как Конвенция Овьедо), в документах Совета Европы (апрель, 1997; январь, 2002), в Дополнительном протоколе к Конвенции Овьедо, касающемся трансплантации органов и тканей человеческого происхождения.

Основные принципы этих документов следующие:

- достоинство и индивидуальность каждого человека должны быть защищены;
- каждый человек должен быть уверен в уважении к своей личности, другим правам и свободам в связи с использованием возможностей биологии и медицины;

- трансплантация органов и тканей помогает спасать жизнь людей или значительно улучшать качество их жизни;
- недостаток органов и тканей для трансплантации вызывает необходимость поощрять людей становиться донорами;
- этические, психологические и социокультурные проблемы, возникающие в связи с необходимостью пересадки органов и тканей, должны приниматься во внимание;
- неправильное использование трансплантации может стать угрозой для жизни человека, его благополучия и унижать его человеческое достоинство;
- трансплантация должна проводиться в условиях, обеспечивающих права и свободы доноров, отдающих свои органы, потенциальных доноров и реципиентов при условии, что части тела человека не будут продаваться;
- органы берут в основном от умершего человека. Возможно также взятие неживых органов и тканей от живого человека, например кожи;
- в любом случае «вмешательство в сферу здоровья» может проводиться только после того, как определенный человек дал на это свое независимое и информированное согласие (ст. 5 Конвенции Овьедо);
- потенциальный донор должен быть проинформирован о процедуре изъятия органа или ткани, о сопутствующем риске и последствиях такой операции. Риск для физического и умственного здоровья донора должен быть оценен и сведен к минимуму;
- необходимо получить согласие донора (если он или она зарегистрированы при жизни в реестре доноров) или получить согласие семьи;
- в некоторых странах согласие может быть предполагаемым: человек рассматривается как давший согласие до тех пор, пока он или она не зарегистрируют свой отказ при жизни;
- особые распоряжения должны быть сделаны для людей, считающихся такими, что не могут давать согласие, т.е. несовершеннолетних и лиц с нарушениями психики (ст. 5 Конвенции Овьедо).

Действующий в России **Закон РФ «О трансплантации органов и (или) тканей человека»** (в ред. Федеральных законов от 20.06.2000 № 91-ФЗ, от 16.10.2006 № 160-ФЗ, от 09.02.2007 N 15-ФЗ), очень сильно устарел, поэтому до 1 января 2015 г. планировалось принятие нового законодательного акта, проект которого был размещен на официальном сайте Минздрава России. Но он также вызвал определенную неудовлетворенность в обществе, поэтому его рассмотрение в Государственной

Думе до сих пор не состоялось. Возможно, принятие нового закона отложено потому, что в Федеральном законе от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» уже есть ст. 47 «Донорство органов и тканей человека и их трансплантация (пересадка)». Кроме того, издан приказ Минздрава России, РАН от 4 июня 2015 г. № 307н/4 «Об утверждении перечня учреждений здравоохранения, осуществляющих забор, заготовку и трансплантацию органов и (или) тканей человека». Но дискуссии по вопросам трансплантологии в обществе продолжаются, и большинство их участников ратует за принятие нового специального закона о трансплантации органов и (или) тканей человека.

Одним из важнейших постулатов права и этики в области трансплантологии является *запрет на финансовую выгоду от торговли органами*. Тело человека и его отдельные части не должны как таковые становиться объектом финансовой выгоды (ст. 21 Конвенции Овьедо) или подобных привилегий для донора или для третьего лица, участвующего в трансплантационном процессе. Однако некоторые формы компенсации являются приемлемыми. Подобным же образом существует запрет на рекламу в связи с трансплантацией органов или тканей для финансовой выгоды либо для получения протекции (например, через индивидуальное объявление, по Интернету). В большинстве стран трансплантация при условии платы за донорство является незаконной. Если трансплантация является оплачиваемой, существует угроза торговли органами — бедный донор обеспечивает богатого реципиента органом. Установлено, что такая запрещенная торговля существует и продолжает распространяться. На международном уровне предпринимаются меры для пресечения такой практики. В России Министерство здравоохранения выступило с инициативой внесения в Уголовный кодекс РФ статьи об уголовном наказании за торговлю органами.

Существующая система трансплантации позволяет гарантировать соблюдение ряда принципов.

Информирование донора и реципиента о потенциальных риске и преимуществах предполагаемой операции.

Вся информация должна рассматриваться **конфиденциально**.

Наличие определенной **подготовки** персонала в вопросах донорства.

Медицинское наблюдение как за донором, так и за реципиентом.

Специфичность согласия: «Если в процессе вмешательства изымается какая-либо часть тела человека, она может храниться и использоваться также для других целей, а не только для той цели, для которой она изымалась, при условии, что это делается в соответствии с процедурами соблюдения информирования и согласия» (ст. 22 Конвенции Овьедо).

Психологические проблемы. Реципиент может чувствовать себя в долгу перед донором, а это может порождать чувство вины. Во многих странах донорство органов является анонимным делом во избежание какого-либо давления. Во-первых, реципиенту удален определенный орган и он является уязвимым человеком из-за иммунологического лечения, во-вторых, он получает орган от какого-то другого человека. Ощущение того, что внутри одного человека имеется орган другого, может вызывать у него много вопросов о его индивидуальности, а в связи с этим и причинять определенные страдания.

В зависимости от степени культуры отношение к телу бывает разным: оно не вызывает никакого интереса после смерти или же все еще остается человеческим существом? Отношение религии к донорству можно считать достаточно благосклонным. Но оно может существенно отличаться применительно к ксенотрансплантатам, так как здесь используются животные и (или) искусственные органы.

А теперь рассмотрим конкретную ситуацию.

Пример. 17-летнему Тиме проводят в больнице гемодиализ. Он очень недоволен тем, что нужно приходить туда снова и снова. Его доктор приходит, осматривает и объясняет вновь и вновь, почему ему нужен диализ, какую функцию выполняют почки, в чем суть диализа и т.д. Когда появляются его родственники, доктор сообщает, что их сыну нужна трансплантация почки, но Тима и они иммунологически несовместимы. Фамилию Тимы вносят в список пациентов, ожидающих получения трансплантата, и он должен ждать, пока не поступит совместимая почка.

Друзья Тимы собираются, чтобы обсудить, как помочь ему. Его лучший друг Денис предлагает отдать ему одну свою почку. Другой его друг считает, что нельзя отдавать почку. Он боится, что может потом заболеть и ему нужны будут обе его почки. Друзья Тимы идут в больницу навестить его. Они спрашивают, может ли один из его друзей отдать ему свою одну почку, и хотят знать, какие формальности должны быть соблюдены. Тима говорит, что могут возникнуть проблемы с совместимостью. Начинается разговор с отцом Тимы. Кто может отдать свой орган? Можно ли получить орган другим способом или взять его у животного?

Здесь возникает ряд этических вопросов. Каковы преимущества трансплантации для Тимы? Что нужно будет сделать, если медицинские работники не смогут найти подходящую почку? Имеются ли у него основания бояться трансплантации? Что нужно сделать, если ни один из членов семьи Тимы не является иммунологически совместимым с ним? Имеется ли возможность трансплантации органа от умершего человека? А как в отношении того, чтобы друзья отдали ему свою почку? Что лучше — подождать получения органа от умершего человека или получить его от родственника или друга? Как следует относиться к людям, которые едут и покупают органы в другой стране? Разрешается ли это?

Если Тима получит трансплантат благодаря донорству, будет ли лучше, чтобы он не знал, кто станет его донором? Как далеко можно зайти в стремлении спасти жизнь Тиме?

Как видим, этических вопросов в области трансплантологии возникает гораздо больше, чем юридических. И их решение в большинстве случаев носит не общий, а сугубо индивидуальный характер.

Вопросы для самопроверки

1. Чем отличается врачебная ошибка от проступка или преступления?
2. Какие моральные санкции могут применяться в ситуации врачебной ошибки?
3. Обладает ли эмбрион такими же правами, как родившийся человек? Должен ли он ими обладать?
4. Что такое «криминальный аборт»? Кто несет моральную ответственность за его проведение?
5. Какие ограничения имеются в отечественном законодательстве по поводу сроков искусственного прерывания беременности?
6. Чем отличаются репродуктивное и терапевтическое клонирование человека?
7. Почему в большинстве стран мира запрещено репродуктивное клонирование человека?
8. Какие виды трансплантатов существуют?
9. Кто должен решать вопрос о посмертном изъятии органов и при каких условиях их можно изымать?
10. Каковы обязанности донора и реципиента при проведении пересадки органов от живых доноров?

Задания для закрепления материала

1. Рассмотрите следующую ситуацию.

   Пожилая женщина 79 лет поступает ночью в больницу с диагнозом «острый холецистит». Дежурный хирург, осмотрев пациентку и проведя ей минимальное обследование, предложил как единственный метод лечения операцию — лапароскопическую холецистэктомию (операция платная). Врачом был нарушен принцип информированного согласия, по которому он должен был рассказать о других методах лечения заболевания. Учитывая пожилой возраст, сопутствующую патологию и тяжесть состояния пациентки, можно было провести в качестве первого этапа лапароскопическую холецистостомию и в дальнейшем, после стабилизации состояния пациентки в плановом порядке выполнить ей лапароскопическую холецистоэктомию или обычную полостную операцию (которая больной была сделана через

шесть месяцев). Женщине была проведена этой ночью лапароскопическая холецистоэктомия, объем которой оказался недостаточным, так как у больной оказался холедохолитиаз, который не мог быть диагностирован в связи с минимальным обследованием в ночное время. В результате через полгода больная была прооперирована в другой клинике в связи с развитием у нее механической желтухи.

Была ли допущена врачебная ошибка из-за недостатка опыта у хирурга и невозможности полноценного обследования по техническим причинам? Или в действиях хирурга был корыстный мотив и, следовательно, его действия должны оцениваться в юридическом поле?

2. Рассмотрите следующий случай с точки зрения соблюдения этических норм и с точки зрения существующего законодательства.

   К врачу акушеру-гинекологу обратилась мать 15-летней девочки с просьбой провести искусственное прерывание беременности ее несовершеннолетней дочери. Срок беременности определен в 14 недель. Мама девочки считает, что можно провести аборт по социальным показаниям, ведь ее дочь — несовершеннолетняя.

   Имеет ли право врач выполнить просьбу матери? Как он должен вести себя в этой ситуации?

3. Оцените следующую ситуацию:

   Одна из трехлетних девочек-близнецов страдает болезнью почек. Учитывая неотложность положения и то, что не имеется в наличии ни одной почки от умершего человека, родители хотели бы трансплантировать ей почку сестры, которая не страдает этим заболеванием.

   Насколько оправдано решение родителей? Может ли врач согласиться на трансплантацию? А если в будущем сестра-донор станет страдать почечной недостаточностью, имея всего одну почку? Как бы вы поступили в данном случае?

Глава 12
АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ БИОЭТИКИ – XXI ВЕК

Ключевые понятия темы: генетическое тестирование, вспомогательные репродуктивные технологии, технологии «улучшения человека».

Биоэтика – наука постоянно развивающаяся. Особую значимость этическая экспертиза приобретает в связи с внедрением в медицину новых биотехнологий. Трудно рассказать обо всех, тем более что пока мы будем в них разбираться, уже появятся новые. Поэтому остановимся на трех проблемах, охватывающих достаточно большой круг этических вопросов.

ГЕНЕТИЧЕСКОЕ ТЕСТИРОВАНИЕ

Анализ генетических характеристик индивидуума позволяет, в частности, выявлять аномалии развития, вследствие которых случаются болезни и нарушения. Аномалии развития можно выявлять с помощью генетического теста: получаемая информация позволяет подтвердить диагноз генетического заболевания человека, у которого проявляются симптомы такой болезни. С его помощью можно также делать прогноз, представляя информацию о риске развития у определенного человека заболевания, которое еще не проявилось, либо передачи аномалии его детям.

Изучение генетических характеристик, независимо от результатов, может привести к серьезным последствиям в жизни индивидуума. «Выявление» риска для здоровья человека может изменить его взгляд на свое существование и на то, как другие люди и общество его воспринимают. Результаты генетического тестирования отличаются от других типов медицинской информации, так как:

- могут затрагивать интересы других членов семьи;
- часто являются прогностическими;

- очень часто результаты указывают на вероятность, а не на определенность.

Обратимся к истории:

- 1866 г.— Грегор Мендель открыл закон о наследственности, проводя эксперименты на горохе;
- 1900–1950 гг.— открытие основных законов генетики;
- 1953 г.— Джеймс Ватсон, Фрэнсис Крик и Морис Уилкинс открыли структуру дезоксирибонуклеиновой кислоты (ДНК), содержащей генетическую информацию об организме;
- 1961 г.— Франсуа Жакоб, Жак Моно и Андре Львов открыли, как функционируют гены;
- 1966 г.— «взломан» генетической код. Маршалл Ниренберг, Анри Матей и Северо Очоа показали, что последовательность трех нуклеотидов обеспечивает код для каждой из 20 аминокислот;
- 1970 г.— открытие первого гена, ответственного за рак;
- 1980 г.— изобретение технологии ПЦР, с помощью которой можно копировать последовательность ДНК, что стало важным механизмом работы с генами;
- 1983 г.— открытие мутации, вызывающей хорею Гентингтона (неврологическое заболевание); это привело к разработке генетического теста;
- 1990–2004 гг.— расшифрован геном человека.

В настоящее время известно более 10000 генетических нарушений (генетических болезней в строгом смысле этого слова и хромосомных заболеваний), из которых примерно 1700 являются результатом специфических мутаций генома. Синдром Дауна (болезнь, вызываемая дополнительной копией 21-й хромосомы) поражает одного ребенка из 800. В настоящее время имеется 400000 человек с синдромом Дауна в Европе и 8 млн. человек во всем мире; 50 млн. человек в мире страдают от серновидно-клеточной анемии, генетического заболевания, при котором поражаются красные клетки крови, ограничивая поступление кислорода в клетки. Эта болезнь встречается в некоторых районах Индии, в Вест-Индии и Южной Африке, среди афроамериканцев, и особенно в экваториальной Африке.

Во Франции новорожденных детей систематически тестируют в отношении пяти генетических заболеваний, включая серновидно-клеточную анемию и муковисцидоз.

Гемофилия является генетическим заболеванием, при котором нарушена свертываемость крови. Существует гемофилия А, поражающая одного человека из 10000 и гемофилия В, которой поражается один человек из 150000. Подсчитано, что имеется 400000 случаев ге-

мофилии в мире. Тяжелые случаи гемофилии встречаются в основном у мужчин.

Около 5% случаев рака молочной железы возникает в результате генетической предрасположенности. У женщин с такой предрасположенностью вероятность развития рака молочной железы в 8 раз выше, чем у других женщин.

Все мы являемся носителями вариантов — мутаций ДНК, которые не обязательно влияют на наше здоровье в течение жизни. Но иногда простое изменение генома может вызывать заболевание:

Изменение количества хромосом или их структуры. В таком случае мы говорим о хромосомном заболевании. Например, синдром Дауна — это аномалия, вызванная наличием третьей копии 21-й хромосомы.

Изменение одного или более генов (известное как мутация). В этом случае мы говорим о моногенных или мультигенных заболеваниях. Примером может служить серповидно-клеточная анемия, заболевание крови возникающее вследствие мутации гена 11-й хромосомы.

Большинство генетических заболеваний вызываются комбинацией генетических факторов и факторов окружающей среды, и тогда мы говорим о мультифакторных заболеваниях. Например, у инсулинозависимых диабетиков причиной заболевания являются факторы окружающей среды, которые все еще недостаточно известны, наравне с генетической предрасположенностью, вызванной мутацией генов 6-й хромосомы.

Диагностический тест позволяет подтвердить генетическое происхождение имеющейся болезни. Например, тест, выявляющий мутацию гена DMD, подтверждает наличие мышечной дистрофии Дюшенна, а не другого типа мышечной дистрофии.

Досимптомный тест позволяет установить вероятность развития у тестируемого человека наследственного заболевания, от которого страдали члены его семьи, еще до начала появления первых симптомов. Например, хорея Гентингтона обычно не развивается до 40 лет. Генетический тест позволяет точно узнать, является ли обследованный человек носителем мутации, которая вызывает заболевание.

Тест на предрасположенность позволяет получить информацию о генетической компоненте мультифакторного нарушения. Например, если есть мутация одного из генов BRCA, риск развития рака молочной железы в возрасте до 50 лет составляет 20% (BRCA2) и до 40% (BRCA1). Здесь играют роль также и другие факторы, кроме генетических.

Тест на выявление носительства риска для здоровья позволяет узнать, есть ли у человека с хорошим здоровьем генетические наруше-

ния, имеющие отношения к заболеванию, от которого это лицо не страдает (рецессивное заболевание), но имеется вероятность передачи этого заболевания его детям. Например, бета-талассемия — это болезнь, которая может привести к фатальной анемии. Она случается только в том случае, когда оба (здоровых) родителя передали ребенку модифицированный ген.

Существуют различные стадии генетического тестирования.

1. Информация и обсуждение генетических проблем. Консультация генетика. Пациента информируют о возможных осложнениях в связи с генетическим тестированием для него самого и членов его семьи. Часто предлагают получить консультацию у генетика для того, чтобы помочь пациенту иметь ясное представление о сути его проблем.

2. Согласие. После этого пациент может согласиться на генетический тест.

3. Взятие проб из организма. Генетический тест проводится на небольшом количестве клеток, которые обычно отбирают из крови, но могут также производить отбор проб слюны, кожи и т.д.

4. Генетический анализ: исследование хромосом или ДНК. Хромосомное исследование: приготовление препарата для кариотипирования. Стимулируется деление клетки, а затем оно блокируется на стадии, когда хромосомы конденсируются настолько, насколько это возможно. Затем клетку разрушают, а искусственно окрашенные хромосомы фотографируют с помощью микроскопа и классифицируют.

5. Исследование ДНК. Подготовка ДНК: ДНК извлекается из клетки и очищается. Выявляется ген, который должен быть изучен, и многократно копируется с помощью ПЦР. Это называется «амплификацией».

6. Идентификация мутаций. Мутации генов определяются с помощью радиоактивных меток и электрофореза, а анализируемый ген сравнивается с контрольным геном. Наблюдаемое различие указывает на генетические аномалии.

7. Интерпретация результатов. Результаты генетического теста трудно интерпретировать: для этого необходима соответствующая квалификация.

8. Консультация генетика. Консультация генетика помогает пациентам четко уяснить, какие осложнения для их жизни и жизни их семей могут возникнуть в результате генетического теста и принять соответствующее решение (касающееся лечения, информирования семьи и т.д.).

За исключением нескольких заболеваний, положительный результат теста не обязательно означает, что человек заболеет.

Во всех этих исследованиях достоинство и индивидуальность человека должны быть защищены!

Каждый человек должен быть уверен в уважении к своим правам и свободам относительно использования достижений в области биологии и медицины. Использование индивидуальной генетической информации поднимает много этических, правовых и социальных вопросов. Неправильное использование результатов генетического тестирования может привести к дискриминации в период трудоустройства или страхования и быть источником стигматизации (клеймом) для человека.

Человек может свободно отказываться от своего согласия в любое время. Генетическая информация позволяет установить с некоторой долей вероятности, какое состояние здоровья может быть у человека в будущем. Поэтому лицо, проходящее генетическое тестирование, должно ясно представлять суть тестирования, значение результатов для себя и, если возможно, для членов его биологической семьи, касательно того, имеются ли какие-либо меры профилактики и лечения, и если да, какие существуют ограничения в связи с этим. Особое внимание должно быть уделено людям, которые по закону не могут дать свое независимое и информированное согласие, например маленькие дети и люди с умственной отсталостью.

Любой человек, проходящий генетическое тестирование, имеет право на информацию о своем здоровье после прохождения теста. Некоторые люди предпочитают не знать о том, что у них может развиваться болезнь, для которой пока еще нет лечения. В любом случае желание пациента следует уважать. Каждый человек имеет право на уважение своей частной жизни и может отказаться от информирования других людей о результатах своего генетического теста. Однако результаты могут также касаться здоровья членов его семьи. Поэтому эта информация может быть доведена до этого члена семьи, хотя к желанию тестированного нужно относиться с уважением.

Медицинский персонал должен информировать человека о потенциальном риске и о пользе генетического теста. В случае очень существенных осложнений, например в отношении прогностических тестов, должно быть предложено генетическое консультирование. Вся информация должна быть конфиденциальной. Врач должен соблюдать медицинскую тайну, что является основой доверия пациента. Медицинский персонал должен быть проинформирован о проблемах, связанных с генетическим тестированием, включая этические аспекты.

Результаты генетического теста могут значительно повлиять на жизнь человека и его семью. Сознание того, что кто-то является носителем генетического заболевания, может вызвать психологические проблемы. Это может влиять на решение иметь детей, родители могут чувствовать свою вину за передачу генетического нарушения своим детям. Знание того, что человек не является носителем генетического заболевания, является большим облегчением. Однако некоторые люди могут чувствовать свою вину, если другие члены их семьи страдают от генетической аномалии.

Все кандидаты на работу должны быть уверены в равных возможностях. Любой тест должен быть четко проведен только в интересах здоровья человека. Поэтому не должны проводиться прогностические генетические тесты в связи с медицинским осмотром до трудоустройства, если их целью не является польза для здоровья человека. Однако если условия труда могут иметь вредное воздействие на здоровье человека вследствие его генетических особенностей, может быть предложен соответствующий генетический тест. Это не освобождает работодателя от обязанности обеспечить такую производственную среду, которая была бы адаптирована для защиты здоровья работающих, настолько эффективно, насколько это возможно. Кроме того, законодательством могут быть предусмотрены исключения в случаях, когда от состояния здоровья работающего возникает риск для других людей (как, например, в случае с пилотами или водителями автобусов).

Если целью тестирования не является польза для здоровья человека, страховой агент не имеет права запрашивать проведение прогностического генетического теста в качестве предпосылки для заключения или изменения страхового контракта. Такая просьба означала бы неправомерное вмешательство в частную жизнь.

Рассмотрим в связи с этим конкретную ситуацию.

Пример. Анна, 18 лет, боится заболеть раком молочной железы, так как ее мама и бабушка имели это заболевание. Нет ли здесь генетического фактора, ответственного за несколько случаев рака молочной железы в ее семье? Чтобы внести ясность в этот вопрос, Анна решает пройти генетическое тестирование, предложенное ее врачом. Если она является носителем мутации гена, у нее есть 40% риска развития рака молочной железы до достижения 50-летнего возраста. Если тест окажется положительным, то в качестве превентивной меры, и она это знает, она должна будет регулярно проходить рентгеновское исследование (маммографию) для того, чтобы можно было как можно скорее выявить любое новообразование. Один из друзей рассказал о странах, где предлагается удаление молочной железы до появления опухоли, и в этом случае риск развития рака снижается до 3%. Независимо от результата, она не хочет рассказывать об этом никому из членов ее семьи, чтобы не вызывать паники, особенно у ее 10-летней сестры.

Здесь возникают следующие этические вопросы. Вы бы сделали такой же выбор? Если результат теста положительный, не должна ли Анна предупредить свою маленькую сестру о риске, с тем чтобы она предприняла меры профилактики? Хотели бы вы знать о своей предрасположенности или нет? Если тест положительный, какое решение вы выберете? Радикальный подход с удалением молочной железы (мастоэктомия) значительно снижает риск, но означает увечье во имя предупреждения болезни, которая может никогда не возникнуть. Может ли врач предупредить сестру Анны, если знает, что Анна не хотела бы об этом говорить? Не потеряет ли при этом врач доверие Анны? Можно ли пренебречь медицинской тайной в интересах другого человека?

ВСПОМОГАТЕЛЬНЫЕ РЕПРОДУКТИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ (ВРТ)

За последние годы вспомогательные репродуктивные технологии помогают семейным парам, которые имеют проблемы, связанные с зачатием ребенка, независимо от того, касается ли эта проблема мужчины или женщины, или их обоих. Эти технологии сейчас называются одним общим термином «вспомогательные репродуктивные технологии» (ВРТ). Многим бесплодным парам эти технологии дают возможность значительно увеличить свои шансы на то, чтобы родить ребенка.

Методы, с помощью которых можно решать проблемы деторождения, дают возможность иметь детей таким бесплодным парам, для которых еще четверть века назад это было совершенно невозможно. Такие методы стали особенно важными вследствие изменений, имевших место в западном обществе. Современный уровень жизни предусматривает, что средний возраст женщин, при котором она может впервые забеременеть, увеличивается, в то время как период, в течение которого женщина остается фертильной, остается таким же. Вспомогательные репродуктивные технологии дают возможность компенсировать снижение фертильности, которое помимо прочего связано с возрастом. Следует отметить, что вспомогательные репродуктивные технологии предусматривают такое лечение, которое женщина переносит более-менее тяжело, а также вмешиваются в процесс зарождения новой жизни. В связи с этим возникает много этических вопросов.

ВРТ используются иногда в связи с иными, чем бесплодие, причинами, а именно, чтобы:

- избежать проявления серьезных генетических нарушений у нерожденного ребенка (преимплантационная генетическая диагностика);
- избежать передачи таких вирусных заболеваний, как СПИД, партнеру или ребенку;
- дать возможность иметь ребенка одинокой женщине или гомосексуальной паре.

В связи с этим возникают различные этические и социальные вопросы.

Напомним историю появления ВРТ:

- 1790 г.— первая искусственная инсеминация: сперму мужчины ввели во влагалище женщины с помощью птичьего перышка;
- 1884 г.— первая искусственная инсеминация спермой донора (США);
- 1953 г.— первое рождение ребенка после использования криоконсервированной спермы;
- 1959 г.— первое рождение «животного из пробирки» — кролика;
- 1969 г.— первое оплодотворение яйцеклетки человека в пробирке, проведенное биологом Робертом Эдвардсом (Великобритания);
- 1978 г.— рождение Луизы Браун, первого ребенка, рожденного после оплодотворения in vitro (IVF), проведенного биологом Робертом Эдвардсом и гинекологом Патриком Стептоу (Великобритания);
- 1981 г.— рождение Амандины, первого ребенка во Франции после оплодотворения in vitro, проведенного биологом Жаком Тестартом и гинекологом Рене Фридманом;
- 1991 г.— рождение Кати, первого ребенка в Украине после оплодотворения in vitro, проведенного гинекологами В.И. Грищенко и Ф.В. Дахно (г. Харьков);
- 1992 г.— бельгийский биолог Андре Ван Штайертегем разработал методику ICSI (инъекции сперматозоида в цитоплазму яйцеклетки), которая дает возможность преодолеть некоторые виды мужского бесплодия;
- 1995 г.— рождение ребенка-мальчика после оплодотворения яйцеклетки сперматидом (незрелым сперматозоидом).

Термин «вспомогательные репродуктивные технологии» охватывает ряд биомедицинских методик, с помощью которых можно достичь зачатия или которые облегчают некоторые стадии прокреации. Эмбрион человека появляется в результате встречи и соединения двух репродуктивных клеток: яйцеклетки женщины и сперматозоида мужчины. Во время полового сношения мужчина эякулирует миллионы сперматозоидов, которые поступают в матку женщины. Подсчитано, что около 150000 из них доходят до конца фаллопиевой трубы, где могут встретиться с вы-

свобожденной во время овуляции яйцеклеткой. В яйцеклетку проникает только один сперматозоид. Этот процесс называют оплодотворением.

После оплодотворения яйцеклетки происходит первое деление, при этом образуются две клетки, затем четыре, потом восемь и т.д. В то же время зародыш мигрирует по фаллопиевой трубе в матку. Примерно через неделю после оплодотворения эмбрион имплантируется во внутреннюю оболочку матки, где он развивается. Конечности и органы ребенка постепенно появляются в первые два месяца после зачатия. Полностью сформированный эмбрион называют плодом, все его органы, которые уже сформировались, продолжают развиваться до момента рождения. В целом шансы фертильной пары достигнуть беременности в течение каждого отдельного цикла составляют один из четырех.

ВРТ дают возможность преодолевать некоторые препятствия при зачатии ребенка. Бесплодие, от которого страдают некоторые пары, может обусловливаться женским или мужским факторами, или их сочетанием; причинами его могут быть:

- нарушения овуляции, поражение фаллопиевых труб или матки, что препятствует продвижению эмбриона или его имплантации в матке, неудовлетворительное качество цервикальной слизи или спермы;
- отсутствие гамет: в таком случае может быть предложено донорство спермы, яйцеклеток или эмбриона;
- неизвестные причины (от 8 до 30% случаев).

Вспомогательные репродуктивные технологии могут применяться в связи с иными, чем бесплодие, причинами:

- при риске унаследования ребенком генетических аномалий. Для профилактики такой трансмиссии может быть проведена донация гаметы от донора, который не является носителем таких расстройств, или выполнена преимплантационная диагностика для селекции здоровых эмбрионов;
- при риске трансмиссии вирусного заболевания (например, СПИДа), которое может передаваться ребенку или партнеру. Обработка спермы или донорство гамет значительно снижает риск.

Существует два типа вспомогательных репродуктивных технологий. *Искусственная инсеминация* предусматривает введение сперматозоидов в свод влагалища или непосредственно в матку с помощью тонкого, гибкого катетера. Сперма, которая предварительно была обработана в лабораторных условиях, должна быть свежей или криоконсервированной. Оплодотворение в пробирке, или in vitro (IVF), означает перенесение яйцеклеток и сперматозоидов в чашку Петри с соответствующей средой, что облегчает их встречу. Через 2–3 дня один или больше эмбрионов, которые при этом образовались, переносят в матку женщины. В не-

которых случаях эмбрион может находиться в лабораторной посуде еще три дня, с тем чтобы пересаживаться уже в более поздней стадии развития (бластоцисты).

ICSI – современная модификация IVF, которая заключается в принудительном соединении гамет. Биолог под контролем микроскопа с помощью микропипетки впрыскивает сперматозоид прямо в яйцеклетку.

Каковы стадии ВРТ?

1. Информирование согласие. После того как пара получила информации о ВРТ, оба участника должны дать свое согласие на лечение и предусмотренные вмешательства.

2. Стимуляция яичников. Около 12 дней женщина получает лечение для стимуляции яичников. В отличие от естественного цикла при этом можно получить несколько ооците для оплодотворения, что увеличивает шансы на получение эмбрионов, которые можно будет перенести в матку.

3. Получение ооцитов. Когда ооциты достигают зрелости, врач удаляет их прямо из яичника с помощью иглы (пункция фолликулов), при этом обычно получают от 5 до 10 ооцитов. В этот же день обрабатывают свежую или криоконсервированную сперму и отбирают наиболее фертильные сперматозоиды.

4. Оплодотворение. Ооциты и сперматозоиды помещают в соответствующую среду и инкубируют при температуре 37 оС. После 48–72 часов инкубации полученные эмбрионы переносят в матку матери.

5. Перенос эмбриона. С помощью тонкого, гибкого катетера отсасывают от одного до трех эмбрионов и переносят их через влагалище в матку. Другие эмбрионы (излишек) можно обработать жидким азотом (для криоконсервации) и использовать при последующих попытках имплантации.

6. Беременность. Для имплантации эмбриона в слизистую оболочку матки требуется 12 дней. С помощью ультразвукового исследования спустя 2–3 недели можно определить, прижились ли эмбрионы и сколько их было имплантировано.

Эффективность ВРТ колеблется в широких пределах и зависит от причины бесплодия, возраста женщины и качества выполнения процедуры. Полагают, что с помощью искусственной инсеминации шансы на беременность для инфертильной пары удваиваются, при сочетании со стимуляцией яичников они возрастают в 5 раз. При применении оплодотворения в пробирке с перенесением эмбрионов беременность наступает в среднем в 20% попыток. Три четверти таких беременностей заканчиваются рождением ребенка. Если количество полученных эмбрионов больше, чем их нужно для перенесения в матку, излишек можно заморозить для последующего применения. В таком виде они могут сохра-

няться несколько лет. Обычно срок хранения эмбрионов ограничивают пятью годами.

Основными этическими принципы ВРТ являются следующие. Достоинство и индивидуальность человека должны быть защищены. Каждый человек должен иметь уверенность, что при применении к нему методов медицины и биологии будет обеспечено уважение его прав и основных свобод. Интересы и благополучие отдельного человека должны превалировать над общественными или научными интересами (ст. 2 Конвенции «О правах человека и биомедицине», Овьедо, 1997 г.).

Использование ВРТ поднимает ряд этических, правовых и социальных вопросов, в частности это вторжение в фундаментальный естественный процесс; судьба замороженных эмбрионов, новизна и недостаточная апробация некоторых технологий и т.п.

Судьба эмбриона. «Тело человека и его органы не должны как таковые быть использованы для финансовой выгоды» (ст. 21 указанной Конвенции) Некоммерческий подход к телу человека или его органам предусматривает, что эмбрион не может быть предметом торговли, это относится также к сперме и ооцитам.

Информированное согласие. «Вмешательство в сферу здоровья может осуществляться лишь после того, как человек дает добровольное и информированное согласие на это» (ст. 5 указанной Конвенции). Там, где решается судьба эмбриона, необходимо согласие обоих родителей. Оба члена семейной пары (или только женщина в странах, где разрешены ВРТ применительно к женщинам, не являющимся частью гетеросексуальной пары) перед тем, как дать согласие, должны получить в доступной для них форме информацию о процедуре и планируемых вмешательствах, а также об осложнениях, связанных с ними, в том числе о судьбе излишних (не перенесенных) эмбрионов.

Один или другой партнер может в любое время отозвать свое согласие, зная, что такое решение будет иметь значение также для партнера. Некоторые стадии являются необратимыми, например перенос эмбриона в матку или уничтожение лишних эмбрионов. Поэтому пара должна ясно представлять, какие осложнения могут возникнуть в результате этого выбора, и тщательно его продумать.

Медицинский персонал должен информировать заинтересованное лицо о потенциальном риске и преимуществах ВРТ в целом и в отношении отдельных методов, в частности включая шансы на успех, возможные осложнения и риск для матери и плода в случае многоплодной беременности. Персонал также должен привлечь внимание пары к судьбе избытка эмбрионов. Медицинский персонал должен быть обучен в сфере

вспомогательных репродуктивных технологий, включая также этические вопросы.

Использование ВРТ возможно во всех европейских странах, хотя в различных странах существуют те или иные ограничения. В некоторых странах (например, Эстонии, Бельгии и Испании) разрешается обращение к ВРТ женщинам, которые не живут в гетеросексуальной паре, в то же время во многих других странах доступ к ВРТ разрешается только гетеросексуальным парам (например, в России).

Донорство гамет разрешено во всей Европе, однако в некоторых странах (например, в Швеции, Португалии и Словении) запрещено донорство эмбрионов. В некоторых странах, таких как Германия и Италия, при оплодотворении in vitro запрещено получение большого количества эмбрионов, а именно выше оптимум необходимого для пересадки в одном цикле, т.е. более трех эмбрионов. В ряде стран разрешено суррогатное материнство.

Здесь возникает новая цепочка проблем: имеет ли суррогатная мать какие-то права в отношении ребенка? На основании каких документов допускается суррогатное материнство на коммерческой основе? Какими правами обладает донор спермы (если таковой задействован)? Кто же является настоящей матерью ребенка, если не была использована яйцеклетка заказчика? А если учесть, что в последнее время появилось так называемое суррогатное отцовство, когда мужчина «заказывает» себе ребенка, используя суррогатную мать, то вопросов становится еще больше. С распространением практики признания гомосексуальных браков в мире вопрос о доступе к ВРТ гомосексуальных пар встал особенно остро. Он пока не решен, хотя религия неоднократно высказывалась против такой практики, как, впрочем, и против практики суррогатного материнства вообще.

А теперь обратимся к конкретному случаю.

Пример. Вероника и Сергей решили воспользоваться оплодотворением in vitro. Они понимают, что из яичников Вероники будут взяты несколько яйцеклеток для того, чтобы увеличить вероятность успеха. При оплодотворении в пробирке часто образуется больше эмбрионов, чем нужно для переноса в матку. У Вероники и Сергея разное отношение к судьбе этих эмбрионов. Вероника хотела бы, чтобы были перенесены все эмбрионы, однако многоплодная беременность сопровождается высоким риском осложнений: выкидышей, часто в позднем сроке беременности, преждевременных родов, которые могут привести к серьезным осложнениям для детей. Сергей хотел бы сохранить эмбрионы для следующей попытки, а Вероника не хочет принимать решение в отношении их судьбы. На самом деле эмбрионы могут храниться только в течение ограниченного периода времени, поэтому пара должна принять решение, отдавать ли их (как донорские) другой паре, разрешить их использование для исследовательских целей или уничтожить.

Здесь возникают следующие вопросы. Этично ли уничтожать эмбрионы человека либо проводить такие исследования, которые предусматривают их уничтожение? Допустимо ли, чтобы эмбрион, который не был перенесен в матку, защищали иначе, чем тот, который был перенесен? Что лучше: разрешить исследования, которые расширят наши знания о репродукции человека и о ВРТ, или только уничтожать эмбрионы? Если Вероника и Сергей передадут эмбрионы другой паре, будет ли завершен процесс, для которого эмбрионы были предназначены?

Многие из этих и других вопросов возникают потому, что законодательство в области ВРТ пока оставляет желать лучшего, и следовательно, моральная ответственность за принятие решения лежит на каждом участнике процесса ВРТ.

«УЛУЧШЕНИЕ ЧЕЛОВЕКА»

Технологии «улучшения человека» — технологии, которые могут быть использованы не просто как компенсирующие или восполняющие недостатки функций инвалидов и больных людей, но также могут повысить способности и возможности человека. Идея не просто лечения болезни, а совершенствования самого человека как живого, обладающего сознанием возникает с развитием новых биотехнологий, которые — теоретически! — позволяют это сделать. Действительно, можно сделать так, чтобы человек выдерживал любые температуры, любые физические нагрузки, чтобы скорость мысли у него была, как скорость операций у хорошего компьютера, чтобы память стала абсолютной, чтобы он жил активной жизнью долго-долго или вообще не умирал... Это очень заманчиво, но встает вопрос — что в данном случае интересует авторов таких идей — человек или возможности новых биотехнологий? Для того чтобы разобраться в этом, необходимо иметь представление о самих технологиях и их комплементарности живому вообще. Это «живое вообще» принято обозначать термином **bios**.

Существует пять смыслов понятия bios: естественнонаучный; моральный; социально-политический; эстетический; теологический. Bios является предметом биоэтики во втором смысле. Вообще же данное понятие трактуют очень широко.

- BIOS рассматривается как гармоничная, интегративная система организмов, представляющая модель или аналог того, как (наилучшим образом!) должно быть организовано человеческое общество.

- BIOS суть источник маломасштабных моделей того, как могут решаться частные человеческие проблемы. Наподобие того как мозг рассматривается как модель для компьютера.
- BIOS является системой, в которой человечество выступает как интегрированная часть, из которой оно берет свои ресурсы и которая является альтернативой его активности.
- BIOS есть ключ к пониманию человеческой биологии и таким способом вовлечен в процесс улучшения физического состояния людей при помощи медицины и биотехнологий.
- BIOS есть источник психологического удовольствия и творческого подъема.

Соотношение науки, технологии и bios выглядит примерно так:

Наука	Технология	Bios
Сфера человеческой деятельности, направленная на выработку и теоретическую систематизацию объективных знаний о действительности	В широком смысле — совокупность методов, процессов и материалов, используемых в какой-либо отрасли деятельности, а также научное описание способов технического производства	1. Bios — это биоокружающая среда (прямой перевод англоязычного оригинала). 2. Bios — это совокупность живых форм

Если мы соединяем науку и bios, то получаем науки о жизни. Вряд ли они могут заинтересовать нас с этической точки зрения, потому что наука имеет дело с истинами, а они аксиологически нейтральны, как известно из курса философии. А вот технологии уже имеют «практический выход», они изменяют мир и нас, поэтому сразу встает вопрос: хорошо это или плохо для человека? В применении к медицине чаще всего говорят о биотехнологиях. Можно вывести простую формулу

Технологии × Bios = Биотехнологии.

Они в свою очередь делятся на технологии, совершенствующие человека, и технологии, совершенствующие артефакты биометодами или создающие биоартефакты. Результатом «улучшения человека» как раз и станет превращение его в такой биоартефакт. Здесь сойдутся два направления развития биотехнологий: неживое станет приобретать признаки живого, а человек приобретет техногенные качества. Это хорошо или плохо? Чтобы иметь основания для оценки, надо рассмотреть конкретные биотехнологии, которые дадут такой результат.

Существующие технологии	Ожидаемые технологии
Выращивание органов (раздел регенеративной медицины) *Искусственные органы* *Крионика* Ментальные: ноотропы, устройства для нейростимуляции, пищевые добавки, нутрацетики и функциональные пищевые продукты, которые могут повышать мыслительные функции *Репродуктивные технологии:* преимплантационная генетическая диагностика и отбор эмбрионов *Физические:* • косметические улучшения: пластическая хирургия и ортодонтия; • лекарства: допинг и стимуляторы; • функциональные: протезы и экзоскелеты; • медицинские: импланты и искусственные органы; • средства, улучшающие производительность	Генная инженерия человека. Нейрокомпьютерный интерфейс. Загрузка сознания. Экзокортекс. Изолированный мозг. Генотерапия. Электронные имплантаты. Наномедицина. Нейротехнология. Cyberware

Уже идут разработки по технологиям загрузки сознания — теоретическому процессу «переноса»/«загрузки» или копирования сознания из биологического мозга на небиологический носитель с помощью нейровизуализации и детального картографирования мозга с последующим копированием его состояния в компьютерную систему того или иного вида, в частности путем последовательной замены нейрона за нейроном на их электронные аналоги. Активно изучается перспектива создания «внешнего» мозга — теоретической искусственной системы обработки информации, которая может дополнить и расширить вычислительные и умственные способности мозга.

Вполне реально создание технологий внешнего искусственного питания, такого, например, как радиоизотопный термоэлектрический генератор, который будет синтезировать глюкозу (аналогично фотосинтезу), аминокислоты и витамины из продуктов распада, теоретически позволяя обходиться без еды неделями, если в этом возникнет необходимость. Заманчивые перспективы! Но дело в том, что биотехнологическое

«улучшение» человека изменит его личность, это будет другой человек, и окружающие станут воспринимать его как другого. Как быть с этическим решением этой проблемы?

Дело в том, что этическое регулирование биотехнологий реализуется в двух направлениях (по критерию дифференциации самих биотехнологий): в изменении человека при помощи биотехнологий и в изменении человеком окружающего мира при помощи биотехнологий. Оба подхода антропоцентричны. Этика, ориентированная на антропоцентризм, оценивает технологические достижения, а этика, ориентированная на антропобиоцентризм, оценивает научные достижения. Примером того, как структурируется этика, ориентированная на технологии, является *трансгуманизм*.

Главной целью трансгуманизма является бесконечное совершенствование человека, основанное на новейших открытиях научно-технического прогресса. Для достижения этой цели трансгуманизм предлагает:

- всячески поддерживать технический прогресс;
- изучать достижения науки и техники, вовремя предотвращать опасности и нравственные проблемы, которые могут сопутствовать внедрению этих достижений;
- расширять свободу каждого отдельно взятого человека, используя научно-технические достижения;
- как можно более отдалить, а в идеале — отменить старение и смерть человека, дать ему право самому решать, когда умирать и умирать ли вообще;
- противостоять учениям и организациям, имеющим цели, противоположные идеям трансгуманизма,— энвайронментализму в фанатичной форме (отказу от технического развития, «возвращению к природе»), религиозному фундаментализму, традиционализму и прочим формам идеологий антимодернизма и антипрогрессизма.

Эти положения записаны в Уставе Межрегиональной общественной организации «Российское трансгуманистическое движени (РТД)» (http://transhumanism-russia.ru/content/view/532/-Достуn 18.02.2016).

Среди этих постулатов есть правильные (первый, второй и третий), а есть сомнительные (четвертый и пятый). О смерти — это как с эвтаназией: начнем с того, что дадим человеку свободу жить или умереть, а потом кто-то начнет незаметно, при помощи тех же биотехнологий управлять этой «свободой». Настораживает и некоторая агрессивность формулировок трансгуманистов.

Трудности в моральном осмыслении проблемы «улучшения человека» возникают потому, что bios как предмет науки пока не эксплицирован в отличие от технологий, про которые мы знаем довольно много.

Аксиологическая рефлексия реальности способна интегрировать bios в моральных образах как целостный объект, но она деструктурируется по принципу «каждой технологии — своя этическая аранжировка». Если мы пойдем по пути разработки «этических технологий», то целостность bios'a становится сомнительной. Следовательно, надо вернуться к науке, придать парадигмальную определенность знаниям о bios'e, только это позволит эксплицировать этическую рефлексию на уровне общечеловеческих ценностей.

***

Мы видим, что новые биотехнологии всегда порождают и новые этические проблемы, решать их — задача биоэтики. Биоэтика касается проблем, возникающих для человека в связи с достижениями в области биологии и медицины. По существу биоэтика является мультидисциплинарным и плюралистическим отражением проблем, стоящих перед человеком. И таких проблем становится все больше.

Вопросы для самопроверки

1. Что такое генетическое тестирование и зачем оно нужно?
2. Кто решает вопрос о генетическом тестировании ребенка: мать, отец или они вместе?
3. Можно ли использовать результаты генетического тестирования при приеме на работу?
4. Каков порядок проведения генетического тестирования?
5. В чем причины распространения ВРТ в современном мире?
6. Является ли суррогатная мать юридически родителем ребенка?
7. Считаете ли вы правильным разрешить использование суррогатного материнства для семей гомосексуалистов?
8. Какие новые биотехнологии вы считаете необходимыми для внедрения в практику?
9. Что такое bios?
10. Следует ли развивать технологии «улучшения человека»?

Задания для закрепления материала

1. Рассмотрите следующий пример.

   55-летний Петр обнаружил веб-сайт, где предлагается проведение генетического тестирования для определения риска развития сердечно-сосудистого заболевания. Он решил заказать проведение анализа. Это очень просто: нужно сделать палочкой

соскоб с внутренней стороны щеки и послать образец по указанному адресу. Через три недели в его электронной почте появилась информация о результате: «Риск развития сердечно-сосудистого заболевания составляет 42%».

Можно ли доверять этим сведениям? Этично ли размещать в Интернете предложения о проведении генетического тестирования?

2. Проанализируйте такую ситуацию.

Отец 32-летней Марии недавно умер от болезни Альцгеймера. Она хотела бы знать, есть ли у кого-нибудь из ее семьи генетическая предрасположенность к этой болезни, и планирует пройти тест сама и сделать это для своего четырехлетнего сына Димы. Она боится, что может передать «плохие» гены своему сыну. Ее муж не согласен с тем, чтобы Дима проходил тест, так как первые симптомы болезни проявляются в пожилом возрасте, а профилактического лечения нет. Зачем тревожить Диму, если даже положительный результат не будет иметь никаких последствий в течение многих лет?

Как вы считаете, чья позиция в этом вопросе морально оправдана: матери или отца ребенка? Как бы вы поступили на их месте и почему?

3. Предложите морально оправданное решение следующей ситуации.

Катя прошла радиотерапию по причине лейкемии в возрасте 26 лет, в результате чего стала стерильной. Будучи предупрежденной доктором перед началом лечения о том, что это произойдет, она решила с Леней, ее партнером, зачать эмбрионы путем оплодотворения в пробирке, сохранить их и перенести в матку сразу же после лечения. Она выздоровела, но разошлась с Леней. Тем не менее она хочет иметь ребенка и хотела бы, чтобы ей перенесли в матку эмбрионы, которые они зачинали вдвоем. Леня, который тем временем женился, отказывается дать разрешение на перенос эмбрионов, полученных с помощью его спермы.

ЛИТЕРАТУРА

Обязательная

1. Биомедицинская этика / под ред. В.И. Покровского, Ю.М. Лопухина. М. : Медицина» 1999. 248 с.
2. *Гусейнов А.А., Апресян Р.Г.* Этика. М. : Гардарики. 2005. 472 с.
3. *Седова Н.Н.* Биоэтика. Курс лекций для студентов и аспирантов медицинских вузов. Волгоград : Изд-во ВолгГМУ, 2014. 216 с.
4. *Силуянова И.В.* Руководство по этико-правовым основам медицинской деятельности. М. : МЕДпресс-информ, 2008. 224 с.
5. *Хрусталев Ю.М.* Биоэтика. Философия сохранения жизни и сбережения здоровья : учебник. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. 400 с.
6. *Яровинский М.Я.* Медицинская этика (Биоэтика) : учебное пособие. М. : Медицина, 2006. 448 с.

Документы

1. Конституция Российской Федерации.
2. Семейный кодекс Российской Федерации от 29.12.1995 № 223-ФЗ (ред. от 30.12.2015).
3. Федеральный закон от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (ред. от 23 июля 2013 г.).
4. Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (ред. от 29.12.2015; с изм. и доп., вступ. в силу с 01.01.2016).
5. Федеральный закон от 12 апреля 2010 г. № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств» (ред. от 2 июля 2013 г.).
6. Федеральный закон от 13 марта 2006 г. № 38-ФЗ «О рекламе» (ред. от 08.03.2015; с изм. и доп., вступ. в силу с 01.10.2015).
7. Федеральный закон от 17 сентября 1998 г. № 157-ФЗ «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней» (с дополнениями и изменениями).

8. Федеральный закон от 12 января 1996 г. № 8-ФЗ «О погребении и похоронном деле» (ред. от 28.11.2015; с изм. от 14.12.2015).
9. Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
10. Закон РФ от 22 декабря 1992 г. № 4180-1 «О трансплантации органов и (или) тканей человека» (в ред. от 20.06.2000).
11. Конвенция о защите прав и достоинства человека в связи с применением достижений биологии и медицины: Конвенция о правах человека и биомедицине. Овьедо, 4 апреля 1997 г. URL: http://conventions.coe.int/treaty/rus/treaties/html/164.htm
12. Хельсинкская декларация Всемирной медицинской ассоциации. Этические принципы проведения медицинских исследований с участием человека в качестве субъекта. Принята на 18-й Генеральной Ассамблее ВМА, Хельсинки, Финляндия, июнь 1964 г. (изменения внесены: на 29-й Генеральной Ассамблее ВМА, Токио, Япония, октябрь 1975 г.; на 35-й Генеральной Ассамблее ВМА, Венеция, Италия, октябрь 1983 г.; на 41-й Генеральной Ассамблее ВМА, Гонконг, сентябрь 1989 г.; на 48-й Генеральной Ассамблее ВМА, Сомерсет Вест, ЮАР, октябрь 1996 г.; на 52-й Генеральной Ассамблее ВМА, Эдинбург, Шотландия, октябрь 2000 г.; на 53-й Генеральной Ассамблее ВМА, Вашингтон, США, октябрь 2002 г. (добавлено разъяснение); на 55-й Генеральной Ассамблее ВМА, Токио, Япония, октябрь 2004 г. (добавлено разъяснение); на 59-й Генеральной Ассамблее ВМА, Сеул, Республика Корея, октябрь 2008 г.; на 64-й Генеральной Ассамблее ВМА, Форталеза, Бразилия, октябрь 2013 г. URL : http://www.mniip.org/science/library/helsinki_declaration.php
13. Женевская декларация (международная клятва врачей). Принята 2-й Генеральной ассамблеей Всемирной медицинской ассоциации (Женева, Швейцария) в сентябре 1948 г., дополнена 22-й Всемирной медицинской ассамблеей (Сидней, Австралия) в августе 1968 г. и 35-й Всемирной медицинской ассамблеей (Венеция, Италия) в октябре 1983 г. URL : http://www.myriamm.ru/doc_315.htm

Интернет-ресурсы

1. www.bioethics.ru
2. www.unesco.org/new/ru/unesco/resources/publications/
3. http://journal-bioethics.ru/
4. http://dic.academic.ru/dic.nsf/enc_philosophy/8008/

Дополнительная

Глава 1
ЭТИКА КАК НАУКА О МОРАЛИ

1. *Аристотель.* Никомахова этика. Соч. Т. 4. М., 1983.
2. *Бачинин В.А.* Этика: энциклопедический словарь. М. : Изд-во В.А. Михайлова, 2005. 288 с.
3. *Блэкберн С.* Этика: Краткое введение / пер. с англ. Ю. Крижевской. М. : АСТ ; Астрель, 2007. 192 с.
4. *Бушля А.А., Бударин Г.Ю.* Этика Парацельса // Биоэтика. 2012. № 1. С. 47–52.
5. *Гусейнов А.А.* Античная этика. М. : Гардарики, 2003. 270 с.

Глава 2
БИОЭТИКА КАК СОЦИАЛЬНАЯ НЕОБХОДИМОСТЬ

1. *Барковская А.Ю., Бударин Г.Ю.* Биоэтика в философском пространстве России // Биоэтика. 2012. № 2. С. 6–10.
2. *Вавренчук А.С., Сунцова К.В.* Круглый стол по проблеме взаимоотношений врачей и представителей фармацевтических компаний // Биоэтика. 2011. № 1. С. 58–59.
3. *Машталка И.* Деятельность Совета Европы и Европейского Парламента в вопросах биоэтики // Биоэтика. 2012. № 1. С. 25–27.
4. *Рева И.Е., Карпович А.В.* Нравственная опасность медикализации // Биоэтика. 2010. № 2. С. 33–34.
5. *Седова Н.Н.* Перспективы изучения биоэтики в медицинских вузах России // Биоэтика. 2012. № 1. С. 4–7.

Глава 3
ПРЕДМЕТ, СТРУКТУРА И ПРОБЛЕМНОЕ ПОЛЕ БИОЭТИКИ

1. Первый Всероссийский конгресс по биоэтике. Итоговый документ по результатам конгресса «Биоэтика и права человека» // Биоэтика. 2008. № 2. С. 4–7.
2. *Реймер М.В.* Биоэтика в культурной парадигме постмодернизма // Биоэтика. 2013. № 1. С. 13–16.
3. *Седова Н.Н.* Биоэтика как прикладная философия // Биоэтика. 2010. № 1. С. 7–11.
4. *Стаценко М.Е.* Социальные риски новых биотехнологий // Биоэтика. 2013. № 1. С. 57–58.

Глава 4
ЖИЗНЬ И ЗДОРОВЬЕ – ГЛАВНЫЕ ЦЕННОСТИ БИОЭТИКИ

1. *Бударин Г.Ю.* Диалог о биоэтике // Биоэтика. 2014. № 1. С. 55–56.

2. *Мансур Ю.П., Мажаренко В.А.* Биоэтические аспекты качества жизни взрослых ортодонтических пациентов // Биоэтика. 2011. № 1. С. 54–55.
3. *Новик А.А., Ионова Т.И.* Руководство по исследованию качества жизни в медицине. / под ред. Ю.Л. Шевченко. 2-е изд. М. : ОЛМА Медиа Групп, 2007. 320 с.
4. *Петров В.И., Седова Н.Н.* Проблема качества жизни в биоэтике. Волгоград, 2001. 96 с.

Глава 5
ПРИНЦИПЫ БИОЭТИКИ

1. *Мирошникова О.В.* Методология толерантности в реализации принципа уважения автономии пациента // Биоэтика. 2010. № 1. С. 15–18.
2. *Михайлова Д.О., Бударин Г.Ю., Басов А.В.* Этика отношений врачей и медицинских представителей // Биоэтика. 2010. № 2. С. 20–22.
3. *Реймер М.В., Жура В.В., Сергеева Н.В.* Благо пациента как предназначение медицинской деятельности // Биоэтика. 2011. № 2. С. 18–21.
4. *Седова Н.Н.* Правовые основы биоэтики. М. : Триумф, 2004. 224 с.

Глава 6
ПРАВИЛО ИНФОРМИРОВАННОГО СОГЛАСИЯ

1. *Аббасова А.* Информированное согласие — защита пациента и врача // Биоэтика. 2012. № 2. С. 56–58.
2. *Каплунов К.О., Великанова В.А.* К вопросу об информированном добровольном согласии в условиях детского инфекционного стационара // Биоэтика. 2014. № 1. С. 38–42.
3. *Медведева Л.М., Вешнева С.А.* Информированное согласие как реализация прав пациента: ретроспектива проблемы // Биоэтика. 2012. № 1. С. 22–24; *Теунова Д.Н., Доника А.Д., Титовская В.А.* Информированное согласие в проблемном поле юриспруденции и биоэтики (случай из судебной практики) // Биоэтика. 2014. № 1. С. 41–43.

Глава 7
ПРАВИЛО КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТИ И ВРАЧЕБНАЯ ТАЙНА

1. *Нагоева З.С., Кожевников Л.Л.* Этический принцип конфиденциальности в обществе информационной культуры // Биоэтика. 2010. № 2. С. 38–40.
2. *Николаева Е.В., Смбатян С.М.* Врачебная тайна: медицинские и юридические аспекты, вопросы разглашения // Главврач. 2012. № 3. С. 24–27.
3. *Петров В.И., Седова Н.Н.* Практическая биоэтика. М.: Триумф, 2002. 192 с.

4. *Седова Н.Н.* Все законы когда-то были нормами морали, но не все моральные нормы становятся законами // Биоэтика. № 1. С. 7–11.

Глава 8
МОДЕЛИ ВРАЧЕВАНИЯ

1. *Гурова В.Н.* Модели взаимоотношений врача-дерматовенеролога и пациента // Биоэтика. 2010. № 2. С. 35–36.
2. *Медведева Л.М., Чеботарева О.А., Приз Е.Г.* Культурные детерминанты моделей взаимоотношений врача и пациента (на примере патернализма) // Биоэтика. 2010. № 2. С. 14–16.
3. *Саперов В.Н.* Модели врачевания и их связь с основными принципами и правилами медицинской этики // Биоэтика. 2013. № 1. С. 27–31.
4. *Скотенко О.Л., Гущин А.В.* Модели взаимоотношений врача и пациента в офтальмологии // Биоэтика. 2010. № 2. С. 17–19.

Глава 9
ЭТИКА КЛИНИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

1. *Альбертин С.В.* Этические аспекты физиологического эксперимента // Биоэтика. 2014. № 2. С. 21–26.
2. *Седова Н.Н.* Этические гарантии доказательности клинических испытаний // Биоэтика. 2008. № 1. С. 16–19.
3. *Эртель Л.А., Костенко О.В.* Особенности информированного согласия в биомедицинских исследованиях и клинической практике в педиатрии // Биоэтика. 2008. № 2. С. 47–49.
4. *Юдин Б.Г.* Антропологические основания биомедицинских исследований // Биоэтика. 2009. № 1. С. 4–7.

Глава 10
ЭТИЧЕСКИЕ КОМИТЕТЫ И ЭТИЧЕСКОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ

1. *Кубарь О.И.* 20 лет деятельности Международного комитета по биоэтике ЮНЕСКО в аспекте регионального становления и развития фундаментальных направлений биоэтики // Биоэтика. 2013. № 1. С. 14–18.
2. *Варагина С.А.* Модель комплементарности этических комитетов и этических консультантов // Биоэтика. 2010. № 1. С. 25–26.
3. *Седова Н.Н.* Зависимость независимых этических комитетов // Биоэтика. 2008. № 2. С. 16–22.
4. *Шамов И.А.* Зачем нужны этические комитеты в больницах? // Биоэтика. 2010. № 1. С. 19–23.

Глава 11
ПРОБЛЕМЫ БИОЭТИКИ XX ВЕКА

1. *Атагаджиева М.С., Карманова В.С.* Нарушение этических норм как причина клинических ошибок // Биоэтика. 2011. № 1. С. 64–66.
2. *Ведерникова В.Г., Серова И.Л., Ягодина А.Ю.* Биоэтика хосписа // Биоэтика. 2008. № 2. С. 35–39.
3. *Доника А.Д., Кожевников Л.Л., Рева И.Е.* Врачебная ошибка: дифференциация этического и правового поля (опыт США и российские реалии) // Биоэтика. 2011. № 1. С. 34–37.
4. *Лопастейский Д.С., Руденко А.Ю.* Является ли любой вред, нанесенный здоровью пациента, врачебной ошибкой? // Биоэтика. 2011. № 2. С. 38–40.
5. *Потапова О.Н.* Этическая оценка врачебных ошибок в перинатальной службе // Биоэтика. 2010. № 2. С. 22–24.
6. *Саперов В.Н.* Трансплантология: этические и правовые аспекты // Биоэтика. 2013. № 1. С. 23–27.

Глава 12
АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ БИОЭТИКИ – XXI ВЕК

1. *Адживенко В.Л., Шкарин В.В.* Генетическая конфиденциальность и недискриминация в аспекте регионального законотворчества // Биоэтика. 2013. № 1. С. 10–13.
2. *Аксенов И.В., протоиерей.* Исламский взгляд на современные вспомогательные репродуктивные технологии // Биоэтика. 2013. № 1. С. 8–13.
3. *Кубарь О.И., Микиртичан Г.Л., Никитина А.Е.* Клеточные технологии: опасная коммерция в акушерстве // Биоэтика. 2011. № 1. С. 53–57.
4. *Кундакчян Г.Г., Гурылева М.Э.* Инновационная модель научно-образовательного комплекса «Регенеративная медицина» как пример этичной организации научных исследований // Биоэтика. 2013. № 1. С. 14–18.
5. Рабочие тетради по биоэтике. Вып. 16. Гуманитарная экспертиза: сб. науч. ст. / под ред. П.Д. Тищенко. М.: Изд-во Моск. гуманит. ун-та, 2013. 146 с.
6. *Ткаченко Л.В., Костенко О.В., Сунцова К.В.* Этические проблемы экстракорпорального оплодотворения // Биоэтика. 2010. № 1. С. 59–60.